



UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR
LOUISE DESCOTEAUX

LE CONCEPT DE SOI DES FEMMES ET DES HOMMES OBÈSES

FÉVRIER 1995

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

À la mémoire d'Odile

«Il était une fois une petite grenouille, qui, tout au début de sa vie, était vraiment toute petite.

À sa naissance, il lui manquait pas mal de grammes par rapport aux autres bébés grenouilles. Elle était toute maigrichonne avec des petites pattes, avec des petits yeux, avec une petite bouche. Si bien que sa maman, inquiète, avait essayé de la nourrir en lui donnant beaucoup de son lait, du lait de grenouille bien sûr. Plein de vitamines, de l'huile de foie de morue, beaucoup de soins, beaucoup d'amour et la petite grenouille avait grandi.

C'était aujourd'hui une petite fille de sept ans, grosse comme une petite fille de presque douze ans!

Elle était, même, très gênée d'être aussi forte, surtout quand sa maman lui faisait des remarques du genre: tu ne crois pas que... tu manges trop de chocolat, que tu grignotes trop, que tu devrais manger moins, que tu devrais faire plus attention...

Mais les recommandations, les conseils n'y faisaient rien, cette petite grenouille restait grosse, énorme.

Ce que les parents ne savaient pas, c'est que la petite grenouille avait avalé toute leur angoisse, liée à son manque de poids à la naissance. Comme si elle disait, avec ses kilos en trop: n'ayez plus peur, voyez, j'ai tout gardé, tout ce que vous m'avez donné... en trop. Je n'ai rien laissé perdre, pas une miette, oui, oui, j'ai tout gardé.

Vous le comprenez aisément il y avait vraiment un malentendu dans cette famille de grenouilles. Les parents faisaient faire des régimes à cette petite grenouille, pour qu'elle maigrisse, alors qu'elle s'efforçait de toutes ses forces de rassurer ses parents en gardant du poids.

Une fois de plus je ne sais comment se terminera cette histoire.

Peut-être la petite grenouille trouvera-t-elle les moyens de ne plus se sentir obligée de rassurer ses parents? Peut-être osera-t-elle «rendre» à ses parents leur angoisse du début de sa vie?

Elle seule trouvera son chemin pour redevenir une petite grenouille, avec son poids à elle. » (Salomé, 1993, pp 178-179)

Sommaire

En Occident, les problèmes d'obésité occupent une place importante parmi les questions de santé physique; socialement, les pressions sont nombreuses et parfois très fortes sur les personnes qui en souffrent. Depuis Freud et le concept d'oralité, la psychologie s'est intéressée aux causes de l'obésité puis, plus récemment, au profil et aux difficultés psychologiques de la personne obèse. Toutefois, ces recherches ont parlé plus souvent de l'obésité des femmes. Différentes variables ont été mesurées: position dans la fratrie, relation avec la mère, troubles de comportement, dimension de la personnalité, estime de soi, etc.

Cette recherche vise à faire plus de lumière sur une éventuelle différence entre l'obésité des hommes et celle des femmes en fonction du concept de soi.

Les 61 hommes et les 94 femmes constituant les sujets de cette recherche furent regroupés en 64 personnes obèses et 91 personnes non obèses. Leur âge varie de 18 à 64 ans avec une moyenne de 39,46. Les personnes non obèses furent recrutées dans des centres récréatifs et les personnes obèses dans des centres d'amaigrissement où elles suivaient un traitement.

Les résultats font ressortir des différences sur certaines dimensions du concept de soi entre les personnes obèses et les personnes non obèses, mais pas entre les sexes. Ces dimensions sont la satisfaction éprouvée par le sujet quant à sa personne en général et plus spécifiquement le soi physique, c'est-à-dire comment le sujet perçoit son corps, sa santé, ses talents et sa sexualité. Des analyses complémentaires permettent de nuancer ces résultats et de formuler certaines hypothèses.

Il est conclu que de nouvelles recherches visant à mettre en relief les différences de sexe sur l'obésité devraient tenir compte d'autres facteurs comme la perception subjective de l'obésité, les antécédents de l'obésité et le degré d'obésité.

Table des matières

Sommaire.....	iii
Liste des tableaux.....	vi
Remerciements.....	vii
Introduction	1
Chapitre premier: Contexte théorique de la recherche.....	7
1. L'obésité et la personne obèse.....	8
2. Le développement de l'obésité.....	15
a) Facteurs héréditaires et organiques.....	15
b) Facteurs culturels et facteurs socio-économiques.....	20
c) Facteurs psychologiques et familiaux.....	24
3 L'image du corps, le concept de soi et l'obésité.....	30
a) L'image du corps	31
b) Le concept de soi.....	34
b) L'estime de soi.....	36
d) L'image du corps, le concept de soi, l'estime de soi et l'obésité.	38
Chapitre deuxième: Méthode.....	41
Sujets.....	42
Déroulement de l'expérimentation	42
Questionnaire démographique.....	43
Une mesure de l'obésité.....	44
Le Tennessee Self Concept Scale (T.S.C.S.)	45
Hypothèses et statistiques.....	48
Analyses descriptives	48
Analyses reliées aux hypothèses générales.....	48
Analyses relatives aux hypothèses spécifiques.....	49
Analyses complémentaires.....	49

Chapitre troisième: Résultats	50
Analyses descriptives	51
La mesure du concept de soi.....	51
Hypothèses générales	53
Hypothèses spécifiques	54
Analyses complémentaires.....	55
Chapitre quatrième: Discussion.....	63
1. Analyses descriptives.....	64
2. Analyses portant sur les hypothèses.....	64
Hypothèses générales	64
3. Analyses complémentaires.....	66
Conclusion.....	71
Références	75
Appendice: Questionnaire démographique.....	82

Liste des tableaux

Tableau 1	Moyennes et écarts-types de l'IMC, du score global des concepts de soi, de l'âge et de la scolarité des sujets, en fonction du sexe et de l'obésité.....	52
Tableau 2	Scores moyens obtenus comparés aux normes proposées par Toulouse (1971).....	53
Tableau 3	Résultats de l'analyse de variance entre le sexe et le statut d'obésité sur le score global au T.S.C.S.	54
Tableau 4	Résultats des tests de différences entre les scores des hommes obèses et les scores des hommes non obèses.	58
Tableau 5	Résultats des tests de différences entre les scores des femmes obèses et les scores des femmes non obèses.	59
Tableau 6	Résultats des tests de différences entre les scores des hommes obèses et les scores des femmes obèses.	59
Tableau 7	Résultats des tests de différences entre les scores des hommes non obèses et les scores des femmes non obèses.....	60
Tableau 8	Corrélations simples (r de Pearson) entre les échelles du T.C.S.C. l'IMC et les données démographiques.....	61

Remerciements

L'auteure remercie particulièrement monsieur Gilles Dubois, Ph. D., pour l'avoir dirigée et accompagnée tout au long de cette démarche de rédaction de Mémoire. Elle fait un clin d'oeil amical à Alice, à Jean et à Jacques pour leur aide précieuse.

Affections et remerciements à François, à Sébastien et à Emmanuel. Ensemble, nous avons sans nul doute obtenu une maîtrise de nous-mêmes plus grande!

Introduction

Le thème central de cette étude porte sur le concept de soi des femmes et des hommes obèses. La recherche montre le lien qui s'établit entre l'obésité et un concept de soi négatif particulièrement chez les femmes. Par ailleurs, la rareté de la documentation en ce qui a trait aux hommes ne permet pas d'appuyer une telle relation. Cette recherche se propose d'établir si cette relation existe et s'il y a une différence entre le concept de soi des femmes et des hommes obèses.

Dans les pays occidentaux, l'avènement du culte du corps dans les années dix-neuf cent soixante-dix a pris un essor considérable. Les librairies abondent de nouveaux volumes sur l'obésité et la pression sociale en faveur de la minceur est devenue un phénomène social très important. Les stéréotypes sociaux sont de plus en plus contraignants et confinent à l'obsession et à la tyrannie. Ces ouvrages s'adressent plus particulièrement aux femmes, quoique nous puissions observer que le culte du corps a aussi rejoint les hommes. L'obligation faite à la femme de se conformer à un certain modèle corporel - obligation reprise par les médias - est en grande partie responsable des troubles du comportement alimentaire. Par ailleurs, la nourriture, au lieu d'être source de joie et de satisfaction, semble être devenue pour beaucoup un palliatif qui aide à supporter la détresse émotionnelle, voire même à réprimer l'anxiété causée par des sentiments étouffés ou niés. Or, même si la gent féminine semble plus particulièrement touchée par l'industrie de l'image, de la mode, de la publicité et des médias, la pression sur la gent masculine va en s'accroissant (Apfeldorfer, 1991). Hommes et femmes: même combat?

L'obésité constitue un problème de santé et un problème social très important. Selon Santé et Bien-être Canada - enquête qui est citée dans les Publications du Québec (1989) -,

l'obésité est à ce point problématique qu'elle touche une personne sur quatre: 29% des hommes et 19% des femmes ont un excès de poids et présentent donc des risques accrus au niveau de leur santé. La dernière enquête de Statistique Canada (1994) démontre également que la proportion de personnes ayant un excès de poids est plus élevée chez les hommes (28%) que chez les femmes (18%). D'une époque à l'autre, ce ne sont jamais les mêmes standards corporels qui sont prônés. L'histoire révèle que le rejet actuel dont la personne obèse est victime de la part de la société n'a pas toujours eu cours. Au début du siècle, l'obésité était signe de fécondité chez la femme et de force chez l'homme.

Des organismes comme «Weight-Watcher», «Nutri-Système», «Outre-Mangeur anonyme», «Kilocontrol», «Minçavi» et autres attirent de plus en plus de clients. De plus, devant toute la publicité faite dans les journaux et les revues, les personnes souffrant de troubles liés à l'alimentation deviennent très vulnérables et tombent dans les griffes de marchands d'espoir qui vendent à prix fort le remède miracle. Les vrais obèses tout comme les pseudo-obèses risquent, par un traitement inapproprié, d'accentuer leurs symptômes et d'hypothéquer leur santé tant au plan physique que psychologique.

Dans notre société, l'obsession de la minceur est devenue à ce point importante qu'elle entraîne au niveau de l'agir des troubles du comportement alimentaire tels que l'anorexie mentale, la boulimie et l'obésité. L'anorexie et la boulimie sont les deux côtés d'une même médaille. En fuyant la nourriture ou en s'en gavant, les anorexiques et les boulimiques réagissent aux mêmes conditions oppressives. Selon la majorité des recherches, l'incidence de l'anorexie et de la boulimie semble affecter les femmes plus que les hommes, quoique les dernières recherches tendent à démontrer que les hommes commencent aussi à être touchés par ces troubles de comportements. (Garner, Rockert Olmsted Johnson et Coscina,

1985; Steinberg, Leichner, et Harper, 1987; Silverstein, Perdue, Wolf et Pizzolo, 1988; Apfeldorfer, 1991).

Dans l'anorexie mentale, (Bruch, 1973; De Castilla et Bastien, 1989), cette exhortation à la minceur se manifeste par un désir acharné de maigrir et amène certaines personnes à cesser complètement de manger. L'anorexie mentale se caractérise aussi par des restrictions alimentaires volontaires fondées sur la peur et pouvant aller jusqu'à la terreur des aliments. Contrairement aux mangeuses compulsives, les anorexiques expriment leur préoccupation à l'égard de la nourriture en devenant excessivement minces. Cette forme extrême d'autoprivation peut conduire à la mort. Plusieurs anorexiques s'adonnent à des épisodes boulimiques. Par la suite, la honte et le dégoût qui s'ensuivent les portent à jeûner, à vomir, à prendre des laxatifs afin de purifier leur corps des aliments qu'elles ont absorbés.

Pour De Casilla et Bastien (1989), la boulimie est le besoin impérieux et tyrannique d'avaler de la nourriture. Ce besoin obsessif se fait parfois sentir sans faim, sans plaisir, jusqu'à satiété ou même au-delà jusqu'à l'écoeurement, entraînant après coup ou même pendant l'épisode boulimique un sentiment de culpabilité.

Quant à l'obésité, elle ne peut être définie à partir d'un seul concept, car les facteurs qui y sont reliés sont fort complexes. D'une part, il existe des obésités reliées aux facteurs héréditaires, culturels et socio-économiques. D'autre part, il y a une obésité qui correspond à un malaise ressenti face à son corps, ainsi qu'à différents processus psychologiques plus ou moins sains qui entraînent des effets circulaires sur le comportement et le «soi» de la personne.

D'après les écrits, l'obésité semble un problème davantage étudié au féminin. Très souvent, chez de nombreuses femmes, le poids désiré dépend ou des caractéristiques psycho-

logiques de l'intéressée, ou des désirs de son entourage, ou des stéréotypes sociaux et culturels. De plus, la sédentarité et le développement plus grand du tissu adipeux rendent les femmes plus vulnérables à l'obésité.

La documentation écrite traite peu de l'obésité au masculin. Les hommes semblent suivre davantage un régime alimentaire pour des questions de santé. Ils ne font pas ou peu l'objet de recherches au niveau psychologique. Les pressions sociales se font davantage sentir chez les femmes. Elles risquent alors d'avoir une perception négative de leur image corporelle et de leur concept de soi. Cette distorsion au niveau de l'image corporelle signifie que les femmes obèses ont généralement une perception inexacte de leur apparence physique; le conflit se situant au niveau des problèmes liés à leur obésité. Quant aux hommes obèses, comme mentionné, il appert qu'ils suivent davantage des régimes pour leur santé physique. Mais comment se porte leur santé psychologique? Comment perçoivent-ils leur corps et leur «soi»? Comment se fait-il que l'on parle tant de l'obésité féminine dans la documentation écrite et si peu de celle des hommes? Étonnant, si on considère que le pourcentage d'hommes obèses est plus élevé que celui des femmes!

Comme mentionné, l'obésité est une problématique fort complexe qui comprend des dimensions héréditaires, socioculturelles et psychologiques. Le contexte théorique de cette recherche se propose de faire des liens entre les facteurs reliés à l'obésité. Elle veut également suggérer l'importance, dans le traitement de ce syndrome, d'explorer, et possiblement d'améliorer l'image que la personne entretient de son corps et de la façon dont elle se vit comme personne. Cette suggestion devrait s'avérer toute aussi importante pour les hommes que pour les femmes.

Le premier chapitre s'interrogera sur les antécédents de l'obésité pour en arriver à mieux comprendre ce phénomène, comment il se développe et quels en sont les conséquences sur

le comportement, l'image du corps et le concept de soi de la personne obèse. L'image que la personne obèse entretient de son corps et de son «soi» sera vue comme une conséquence possible des facteurs qui auront amené l'obésité, mais aussi comme une fonction dynamique qui contribue à entretenir le syndrome d'obésité. Le deuxième chapitre abordera les questions de méthodologie: le choix des sujets; le déroulement de l'expérimentation; une mesure d'obésité; une échelle du concept de soi, ainsi que les hypothèses de recherches. Dans le troisième et quatrième chapitre, les résultats seront présentés et discutés. Une conclusion viendra clore ce travail.

Chapitre premier

Contexte théorique

En première partie, le chapitre 1 présente l'obésité et la personne obèse. Il précise ensuite les interactions complexes et souvent circulaires entre les dimensions organiques, culturelles, socio-économique, psychologiques et familiales de l'obésité. Il explore finalement l'image que la personne obèse entretient de son corps et les conséquences de cette image sur son concept de soi.

1. L'obésité et la personne obèse

Cette première section veut brosser à grands traits, en guise d'entrée en matière, un portrait de l'obésité et de la personne obèse. Pour la plupart des gens, la tendance à l'obésité est vue comme un simple problème de surconsommation alimentaire. La solution réside dans une restriction de l'ingestion de calories. Il suffit que la personne démontre et fasse preuve de bonne volonté. Mais qu'en est-il vraiment?

Pour Decourt et Périn, (1968)

«l'obésité est un excès d'embonpoint. Mais où commence l'excès? Le terme d'embonpoint n'est-il pas lui-même, étymologiquement, tendancieux, trop optimiste et trop rassurant? S'il existe vraiment un embonpoint, simple témoin de confort et de prospérité, à partir de quelle limite implique-t-il une menace pour la santé, pour la longévité du sujet? Dans quelle mesure est-il l'indice d'un simple excès des apports alimentaires relativement aux dépenses de l'organisme, ou d'une viciation des mécanismes régulateurs de l'équilibre nutritionnel, de l'homéostasie?» (p.6)

Selon ces auteurs, si l'on en revient à la définition de l'obésité, on comprend que: quels qu'en soient les mécanismes, ils ne sont certainement pas univoques.

«L'obésité pour le médecin, est un état pathologique. Il ne peut être défini que par une référence à l'état normal. Cette référence est communément établie sur le poids du sujet, ou, plus exactement, sur le rapport du poids à la taille. Mais ici

surgissent de nouvelles difficultés. Le poids est une valeur composite; or, le terme d'obésité, dans son acception commune, certainement légitime, désigne essentiellement l'accumulation excessive de graisse dans l'organisme.» (p.7)

Bien que le développement d'une obésité ait des rapports évidents avec le comportement alimentaire, il n'en demeure pas moins qu'il est également déterminé par d'autres facteurs. Dans quelle mesure peut-on faire intervenir les facteurs purement psychologiques, l'altération des centres régulateurs de la faim ou une difficulté de l'utilisation des réserves de graisses? On verra combien, dans ce sens précis, l'évaluation de l'obésité devient difficile.

Plusieurs auteurs ont fourni des formules pour mesurer l'obésité. Elles sont trop nombreuses pour être énumérées dans cette recherche. La notion de poids idéal, de poids moyen, de poids normal, de poids santé, ne pouvant pas donner entière satisfaction, ce sont les compagnies d'assurance sur la vie qui en sont venues à établir la notion de poids idéal. Elles l'ont fait en calculant statistiquement le poids moyen des sujets dont les chances de vie sont plus longues. Une méthode très fréquemment utilisée pour mesurer l'indice de la masse corporelle (IMC) est celle proposée par Khosla et Lowe (1967) et couramment utilisée par Statistique Canada (1994), elle est également appelée Indice Quételet. L'indice de masse corporelle (IMC) est le résultat de la division du poids par le carré de la taille ($IMC = \text{poids (kg.)} / \text{taille (cm)}^2$). Le chiffre obtenu est un point de repère qui permet de mettre en relation le poids et la taille des adultes de 20 à 65 ans. L'IMC est utilisé comme indicateur pour déterminer l'intervalle de poids souhaitable pour chacun. Il ne s'agit cependant pas d'une mesure de masse adipeuse. Nous verrons au chapitre II comment elle est utilisée. La deuxième mesure souvent proposée est le rapport tour de taille - tour de hanche. Il est le résultat obtenu en divisant la circonférence de la taille - abdomen - par celle des hanches. Ce rapport est un meilleur indicateur de la présence de facteurs de risque, en relation avec l'obésité, lorsque la masse adipeuse est localisée au niveau abdominal. C'est une formule

plus complexe à utiliser, les ratios étant différents pour les hommes et les femmes. Pour Decourt et Périn (1968), il est très difficile de trouver des mesures fournissant une indication suffisamment précise sur l'importance des réserves graisseuses dont l'excès représente vraiment l'obésité. Pour eux, aucun procédé scientifique proposé ne mesure la densité du corps humain.

Selon Schachter (1968), la personne obèse, à la différence de la personne normale, serait incapable de reconnaître et d'interpréter une sensation aussi fondamentale que celle de la faim. Et pour Stunkard (1971), «ce refus de la faim» indique chez les personnes obèses une situation conflictuelle: la répression sociale aurait à ce point perturbé son comportement alimentaire que les mécanismes de contrôle sensoriels ont fini par être affectés à leur tour. Il affirme aussi que si les personnes obèses semblent ne pas savoir répondre aux stimuli internes de déplétion, il ne faut pas y voir un défaut au niveau du système nerveux mais une erreur d'interprétation imputable à un conditionnement acquis.

Bruch (1973) décrit les problèmes communs aux personnes souffrant d'obésité depuis l'enfance et l'adolescence comme un manque de conscience devant leurs sensations, un manque d'autonomie, un sentiment de perte de contrôle de leur propre corps et de ses fonctions, une perturbation de l'image de soi et une distorsion au niveau de l'image du corps. Toutes ces attitudes qui caractérisent la personne obèse sont dues à la perte de contrôle des mécanismes régulateurs de la prise alimentaire. Comment une fonction aussi fondamentale que la fonction alimentaire a-t-elle pu être dénaturée et déviée au point d'en arriver à confondre les demandes et, ensuite, répondre à d'autres besoins que ceux de l'alimentation? Il devient évident que la notion de faim n'est pas totalement innée mais en partie acquise. Puisque les personnes obèses ne savent pas reconnaître une demande de nourriture, comment pourraient-elles exercer un contrôle ou une maîtrise sur la réponse à lui apporter?

Pauzé (1983) constate que beaucoup de personnes obèses vivent un désinvestissement au niveau de leur corps et de leur apparence physique. De plus, les conséquences physiologiques et psychologiques associées aux échecs de traitement sont multiples et peuvent même dans certains cas aggraver l'obésité. Les aliments prescrits par les diètes antérieures deviennent des aliments source de frustration et sont associés à des périodes de vie marquées de restriction. Tandis que les aliments défendus sont associés à des périodes de tricherie et deviennent avec le temps des aliments source de récompense qui calment les tensions de toutes sortes.

Au fur et à mesure des échecs, il se fait une détérioration constante des habitudes alimentaires. Le poids des personnes obèses oscille selon les échecs. Pauzé affirme que le poids devient souvent instable et plus important qu'avant. De plus, l'organisme d'une personne qui suit une série de diètes plus restrictives les unes que les autres s'adapte à une consommation alimentaire restreinte et apprend à répondre à ses besoins essentiels en brûlant très peu de calories. Les personnes obèses deviennent de moins en moins capables de brûler l'énergie de surplus, de sorte que le poids s'accumule de plus en plus facilement. Parler d'obésité et de diètes à ces personnes déclenche donc chez elles un sentiment d'impuissance et de découragement. Elle se dévalorisent et vivent beaucoup de culpabilité face à leur alimentation.

De Castilla et Bastin (1989) montrent que certaines personnes obèses souvent caractérisées par les autres de lentes, de paresseuses, de passives, de sales et de stupides, auraient en conséquence une image très négative d'elles-mêmes. Ceci amène la personne obèse à mal évaluer ses aptitudes et, pour ces auteurs, l'évolution des problèmes dus à la boulimie et à l'obésité met en évidence ce qu'il y a de fluctuant, de labile dans la personnalité de ces per-

sonnes. Leur moi est insatisfait, avide, inquiet, fragile. Le vrai problème de leur guérison n'est pas dans le contrôle de ce qu'elles ingèrent mais dans la restauration d'un moi solide.

Toujours selon ces auteurs, différentes caractéristiques semblent communes aux personnes obèses en crise. La tension psychique ne semble trouver un soulagement que dans l'absorption de nourriture. Dans l'angoisse, la personne voudrait résister à la nourriture, mais l'obsession se fait lancinante jusqu'à ce qu'elle cède. La solitude: elle mange en cachette avec un sentiment de honte. La voracité: la précipitation avide avec laquelle la personne se jette sur la nourriture. On ne peut qu'être frappé par la similitude entre le terme populaire être «bourré» pour dire être ivre et le besoin de se sentir rempli, bourré, exempt de désir. Le vide et le manque ont été colmatés. On est sans angoisse parce que sans désir. La culpabilité et la honte: c'est après avoir cédé à ses impulsions alimentaires et avoir tout dévoré que vient la honte. Les résolutions de ne plus recommencer sont vite oubliées et c'est là que la culpabilité s'installe. Cette rage contre soi d'avoir cédé aboutit souvent à un désespoir.

Quant à Yaïch (1991), le mangeur compulsif, voire même convulsif comme il le désigne parfois, s'efforce de combler et de remplir le vide de sa vie par de la nourriture. De plus, il va souvent jusqu'à combler sa vie de dettes, de désespérance, de disputes, de complications, de défis et d'échecs pour essayer de colmater son vide intérieur. Selon lui, le régime pour la personne obèse n'est que l'expression malheureuse et sans suite de cette volonté d'établir une autre relation entre le monde et elle, de construire les frontières intérieures qui lui échappent; pouvoir se dire: c'est par là que je commence.

Souvent, les kilos perdus conduisent à une impasse, car la personne devenue mince ne se reconnaît plus. Alors elle grossit à nouveau, se désole en s'infligeant de nouvelles punitions. C'est l'échec dans une spirale sans fin.

Pour Yaïch (1991), les personnes obèses mangent souvent dans la clandestinité, car, pour elles, il est honteux de manger en public. Il faut prendre garde au lieu, à l'heure et la quantité consommée, sinon le mangeur se sentira coupable. Manger, en tant que crise, est souvent un moment profondément narcissique où le mangeur vit suspendu dans un moment d'autosatisfaction et d'autodestruction.

La construction d'un personnage social ressenti comme étranger est fréquent chez les personnes obèses. Pour éviter d'être rejetées, elles se modèlent sur l'acceptation du voisinage. Elles vivent souvent en fonction de l'attente des autres et n'ont plus une conscience très claire de la frontière qui peut exister entre elles et le monde. Cette frontière s'éloigne et se perd dans un jeu de va-et-vient perpétuel qui les conduit souvent à la recherche d'un objet affectif absolu mais inaccessible. Elles finissent par croire qu'elles n'existent plus et se sentent nulles, inefficaces et «vides».

Quant aux relations affectives, elles sont parfois transformées en idéologie. Les personnes obèses affichent souvent une farouche volonté d'indépendance en déclarant que tout contact durable serait synonyme de perte de liberté ou de remise en cause de leur intégrité. Elles transforment alors leur besoin en idéologie anti-couple. Leur discours s'articule autour des énoncés qui sont de fausses croyances et pourrait ressembler à: si je mincis, je serai conforme à tel ou tel modèle. Si je ne mincis pas, quelqu'un saura venir et découvrir l'être vrai qui se cache sous ma graisse. Si je mincis, je rencontrerai l'âme soeur, j'entreprendrai des études professionnelles, je deviendrai. Entretenir une relation obsessionnelle à la nourriture, serait-ce un moyen de différer ces «réussites» auxquelles les personnes ont peur de se trouver confrontées? Ne serait-ce pas une façon de prolonger un état d'attente où tout est possible en imagination? Attendre éternellement une hypothétique entrée dans la vie? La magie de croire que tout serait possible en perdant du poids!

Pour Apfeldorfer (1991), on somme trop souvent les personnes obèses d'un manque de volonté. Alors qu'avoir de la volonté, c'est avoir confiance dans sa capacité à influencer sur les événements dans le sens souhaité. Mais quel est-il ce sens? Ce ne serait pas moins la volonté qui fait défaut que les repères internes sur lesquels s'appuyer. Pour lui, les différentes théories de l'obésité n'apportent aucun portrait précis ni aucune caractéristique précise sur la personne obèse. Au contraire, un portrait en *patchwork* se dessine où la personne obèse serait selon une approche ou l'autre, passive, inactive, grignotant sans fin devant son téléviseur ou serait une personne ouverte sur le monde, pleine d'entrain, hyperactive, toujours en pleine activité. Ou par ailleurs, les personnes obèses seraient chaleureuses, dynamiques, mordant dans la vie ou narcissiques et égocentriques. Ou seraient-elles solides comme des rocs ou fragiles, incertaines de tout et d'elles-mêmes, immatures sur le plan affectif, manquant totalement d'autonomie? Ou seraient-elles trop certaines d'elles-mêmes, envahissantes et dévoratrices ou passeraient-elles leur temps à faire semblant, à camoufler leurs désaccords, prêtes à tout pour se faire accepter?

Comment la personne obèse en est-elle arrivée à cette impasse, à cette spirale souvent sans fin, à ce que plusieurs qualifient d'enfer? La recherche et le travail clinique ont permis de constater que le phénomène de l'obésité était fort complexe. Toujours selon Apfeldorfer (1991), on ne peut pas dissocier l'apparition de l'obésité du contexte dans lequel il se développe, ainsi que des conséquences sur le comportement des personnes qui en souffrent. Pour plusieurs, ces changements de poids conduisent à une instabilité émotionnelle qui les porte vers une compulsion alimentaire. Pour d'autres, l'obésité fait partie de leur réalité de vie depuis, semble-t-il, toujours, car enfants, elles étaient déjà obèses. Il importe donc de comprendre comment les facteurs héréditaires et organiques, comment l'environnement familial, culturel, socio-économique et comment leur propre psychologie peuvent contribuer à développer et à maintenir l'obésité.

2. Le développement de l'obésité

Vue de façon plus globale, l'obésité n'est pas seulement un état, mais un processus évolutif. C'est cette conception dynamique de la réalité qui change notre conception lorsque la problématique de l'obésité est approfondie. Cette section regarde l'influence des facteurs héréditaires, socioculturels et psychologiques reliées au développement et au maintien de l'obésité. Car si l'examen clinique, malgré ses limites, reste le seul recours du médecin, il importe de comprendre que plusieurs facteurs peuvent être en cause et produire des effets circulaires.

a) Facteurs héréditaires et organiques

Les facteurs héréditaires démontrent la place que la génétique occupe parmi les facteurs reconnus comme ayant une incidence sur l'obésité. Pour Ky, Dugilho, Pelle, Halgrain et Bayle (1984), le facteur héréditaire de l'obésité est clairement démontré chez beaucoup d'espèces de mammifères. Chez l'humain, l'importance du facteur héréditaire est également plus que probable. Plusieurs biologistes se rallient à l'opinion de Dobzhansky (1978) et pensent que c'est le gène B 19 qui en est responsable. Cette détermination héréditaire expliquerait pourquoi certaines personnes prennent rapidement du poids dès le moindre écart alimentaire, alors que d'autres peuvent rester minces en mangeant davantage.

Les recherches sur les jumeaux identiques de Johnsons, Burke et Mayer (1956); Shields (1962); Withers (1964), sur la différence de poids des enfants adoptés, permettent de faire ressortir l'influence plus que probable de l'hérédité dans l'obésité. Dans un très grand pourcentage des cas étudiés, lorsque l'embonpoint atteint l'un des jumeaux homozygotes, l'autre est aussi obèse, même s'il a été élevé dans un milieu familial différent. D'autre part, les recherches de Griffiths et Payne (1976) soutiennent également l'hypothèse

d'un facteur héréditaire: elles montrent que dès l'âge de quatre ans, les enfants issus de parents obèses ont un métabolisme de base inférieur de 10% à celui d'enfants de parents non obèses. D'autre part, l'étude de Ravussin, Lioja, Knowler, Christin, Freymond, Abbot, Boyce, Howard et Bogardus (1988) indique que le niveau du métabolisme de base est très voisin à l'intérieur d'une même famille et qu'à un niveau bas correspond un risque accru d'obésité. Shields (1962) démontre que les enfants adoptés présentent des caractéristiques qui se rapprochent plus de celles de leurs parents biologiques que de celles de leurs parents adoptifs quant à la grosseur des cellules adipeuses, à la quantité de graisse et à la distribution de cette dernière dans le corps. Selon Krause et Mahan (1984), il semble que l'enfant dont un des parents est obèse a 40% plus de chances de se retrouver aux prises avec le même problème; celui dont les deux parents sont obèses voit ses chances augmenter à 80%, tandis qu'un enfant de parents ayant un poids normal n'a que 10% de chances de devenir obèse. Cependant ces auteurs ne semblent pas tenir compte de l'environnement fourni par des parents obèses..

Par ailleurs, les facteurs organiques liés à l'alimentation ont aussi une incidence sur une prédisposition héréditaire. Pour Décourt et Périn (1968), l'obésité peut ou non se constituer et être plus ou moins sévère, dépendant des conditions de vie. Si l'hérédité démontre qu'il peut exister une tendance innée à l'embonpoint, celle-ci peut rapidement s'aggraver par une alimentation trop riche. Pour Hirsch et Knittle (1971), la nutrition est un facteur jouant probablement un rôle dans la détermination du nombre d'adipocytes, au cours des premières années, lorsqu'on a déjà une tendance héréditaire à l'embonpoint. Selon eux, les cellules adipeuses des individus obèses diffèrent des cellules des individus non obèses, non pas tant par leur dimension que par leur nombre. Les personnes obèses ont trois fois plus d'adipocytes que les sujets normaux. Ce fait se détermine très tôt dans la vie et reste relativement fixe durant toute l'existence. Selon Sims (1968), l'abus alimentaire fait augmenter

la dimension des adipocytes d'un individu et non pas leur nombre. Hirsch et Knittle (1971) affirment, eux, que la privation de nourriture diminue la dimension des cellules mais pas leur nombre.

Comment et sur quoi agiraient ces facteurs héréditaires? Pour Apfeldorfer (1991), il semble qu'il n'y ait pas qu'un seul groupe de gènes qui soit actif, mais au moins deux. Certains gènes commanderaient le métabolisme d'une personne en déterminant, par exemple, la proportion de graisse brune. Certaines personnes auraient dès la naissance des dépenses énergétiques plus basses que la moyenne. Leur combustion interne fonctionnerait au ralenti et, pour équilibrer ces faibles dépenses, ces personnes auraient besoin d'une moindre quantité d'aliments. Il est fort possible que ces gènes, entraînant de faibles besoins alimentaires, aient constitué un avantage décisif, un facteur de survie lors des temps de disette. Mais ce qui est un atout en temps de famine devient un handicap en temps d'abondance. D'autre part, un second groupe de gènes commanderait la régulation de la prise alimentaire. Il se peut que la réactivité face aux nourritures appétentes, l'importance de la faim, la vitesse à laquelle apparaît la satiété soient, elles aussi, influencées par l'hérédité. Pour Apfeldorfer (1991), ce qui serait transmis serait non pas l'embonpoint, mais une certaine vulnérabilité à l'embonpoint.

Quant à la gestion des réserves de graisse, selon ce dernier auteur, la difficulté de maigrir quand on est gros et de grossir quand on est mince montre la résistance de l'organisme aux changements de poids. Pour Polivy et Herman (1983); Garner, Rockert, Olmsted, Johnsons et Coscina (1985), il existerait à l'intérieur de notre organisme un centre régulateur du poids, ou pondérostas, dont le fonctionnement ressemblerait à celui d'un thermostat. Ce pondérostas déterminerait notre poids d'équilibre qu'il défendrait envers et contre tous. Tout écart entraînerait rapidement une compensation. Bien entendu, ce ne serait pas le

poids en lui-même, celui accusé sur la balance, que ce centre régulerait mais plutôt notre masse grasse.

Selon Apfeldorfer (1991), l'hypothalamus assume ce rôle de pondérostas que l'on devrait plutôt appeler lipostat. Lorsque la quantité de graisse - que l'organisme tient pour idéale - est en voie d'être dépassée, le lipostat déclencherait divers processus métaboliques aboutissant à une fonte des graisses et à une diminution de l'appétit. Inversement, une diminution des réserves entraîne une facilitation de la synthèse de corps gras et une augmentation de l'appétit.

Le stock d'adipocytes - cellules spécialisées dans le stockage des graisses - semble un facteur déterminant du poids considéré comme idéal par le pondérostas. Leur nombre semble remarquablement fixe. Jusqu'en 1980, on pensait que le stock d'adipocytes ne pouvait varier que dans des périodes déterminées de la vie, dans les premiers mois après la naissance ou à l'adolescence. On en était venu à opposer deux types d'obésité: 1° l'obésité hypertrophique dans laquelle les adipocytes, relativement peu nombreux, grossissaient démesurément afin de stocker la graisse; et 2° l'obésité hyperplasique dans laquelle la graisse est stockée dans un grand nombre d'adipocytes. L'obésité hypertrophique était alors considérée comme une surcharge pondérale due aux circonstances et curable par un régime approprié. L'obésité hyperplasique était, d'autre part, perçue comme une obésité structurelle, rebelle à tout traitement, d'origine essentiellement héréditaire ou due à une alimentation trop abondante dans la prime enfance. Pour Apfeldorfer (1991), des travaux récents ont remis en question cette dichotomie en faisant état d'une évolution dans la perception de ces deux genres d'obésité. En fait, ce n'est pas l'adipocyte lui-même qui prolifère: les cellules graisseuses ne se multiplient pas. C'est une cellule précurseur - dite cellule dormante et présente à tout âge dans tous les tissus - qui se transforme en adipocyte sous l'effet d'influences in-

connues, de nature neuro-hormonale, héréditaire, nutritionnelle, ou des trois à la fois. Et c'est le nombre de ces cellules dormantes, adipocytes potentiels, ainsi que les modes de contrôle de ces cellules qu'il serait intéressant de connaître pour évaluer la propension d'un individu à devenir obèse. Des recherches restent encore à faire!

Selon Bourque (1991), la personne obèse qui soumet son organisme à un régime provoque un ralentissement du métabolisme de base. La raison est exactement la même que celle qui poussait nos ancêtres à se préparer en période d'abondance pour la prochaine famine. Prévenu des dangers de réapparition de périodes de famine par sa mémoire génétique, l'organisme de la personne qui a suivi un régime se prépare en conséquence en faisant tout ce qu'il peut pour accumuler le plus de réserves possible. Après le régime, il maintient le métabolisme basal au ralenti, ce qui lui permet de prendre du poids, même avec une quantité de nourriture inférieure à ce que la personne mangeait avant son régime.

Pour Stunkard (1979), la plupart des personnes obèses regagnent la plus grande partie du poids qu'elles ont perdu dans la plupart des traitements de l'obésité. La reprise de poids est supérieure à ce qui avait été perdu; de plus, le poids est repris sous forme de graisse et non de muscles. Les régimes amaigrissants présentés comme solution à l'obésité sont actuellement considérés comme un facteur contribuant à l'augmentation de l'obésité. Car l'histoire naturelle des tissus graisseux dans le développement de la couche adipeuse n'obéit pas à une règle uniforme. Elle peut dépendre de facteurs génétiques, mais elle peut aussi, être influencée par une alimentation inadéquate pouvant conduire à l'actualisation d'une prédisposition héréditaire à l'embonpoint.

b) Facteurs culturels et facteurs socio-économiques

En plus des facteurs héréditaires et organiques, les facteurs culturels et socio-économiques semblent jouer un rôle important face aux problèmes liés à l'obésité. En Amérique, la cuisine est riche en sucre et en gras. Selon Ky, Dugilho, Pellé, Halgrain et Bayle (1984), le tiers de la population américaine est au prise avec un problème d'embonpoint. Tandis qu'en France, pays de la gastronomie mondiale, les enquêtes estiment qu'une personne sur sept ou huit est obèse. Selon l'étude de Nutrition Canada (1988), l'obésité au Québec et au Canada est aussi un problème de santé et un problème social. Pour Ky et al., (1984) l'obésité est présentée comme étant le problème des pays développés.

D'après Bourque (1991), l'adipophobie serait d'abord d'origine culturelle avant d'être reprise par le monde médical. Depuis longtemps, la médecine s'appuie sur les statistiques des compagnies d'assurances pour justifier la phobie du gras, les préjugés et la discrimination envers les personnes obèses. Bourque cite David Garner qui affirme que: «l'obsession du monde médical pour l'amaigrissement relève d'abord de l'intégration du modèle esthétique actuel et de ce qu'il sous-tend comme valeurs morales». (1991, p.151)

Quant à Apfeldorfer (1991), il souligne le fait que dans les pays occidentaux, la pression sociale exercée par les différents médias prônant la minceur, confine à la tyrannie. Si la gent féminine semble la plus touchée, la pression sur les individus mâles va en s'accroissant. Le rejet dont la personne obèse est victime de la part de la société est très grand et lié à nos préjugés. Polivy et Herman (1983) expriment bien cette différence entre les hommes et les femmes sur la question du poids. Ils disent, en effet, qu'il existe des pressions sociales antigraisses qui touchent les hommes autant que les femmes. Mais il faudrait bien distinguer les pressions pro maigreur qui ne toucheraient que les femmes. Pour Bourque (1991), l'amaigrissement du modèle esthétique touche les deux sexes: l'obèse, homme ou

femme, est victime des jugements que tous se permettent de poser sur leurs habitudes de vie et sur leur état de santé. De plus, les hommes semblent de plus en plus affectés par le courant social qui associe la valeur de quelqu'un à son apparence physique.

Selon Sobal et Stunkard (1989), pour les femmes, l'ambition semble rimer avec minceur. La promotion professionnelle représente une autre voie de progression sociale: là encore les femmes minces sont nettement avantagées. Quant aux hommes, selon Apfeldorfer (1991), les statistiques ne mettent pas en évidence une quelconque influence de l'obésité sur la mobilité sociale. Pourtant, cet état de fait pourrait changer. L'obésité masculine est, elle aussi, connotée de façon de plus en plus négative. Selon Silverstein, Perdue, Wolf et Pizzolo (1988), on peut voir l'inégalité entre les hommes et les femmes en matière *télévisuel*. Par exemple, on peut voir 25,5% d'hommes obèses mais seulement 5% de femmes obèses. En plus du poids, la discrimination se fait aussi au niveau de l'âge. Silverstein relève que 35% des femmes filmées ont moins de vingt-six ans contre seulement 16% des hommes. Par ailleurs, dans la presse écrite, on retrouve selon le même auteur un répertoire de 96 articles et publicités concernant la forme ou le poids dans la presse féminine contre 8 articles seulement dans les magazines destinés aux hommes.

Pour Bourque (1991), il ne faut pas confondre les problèmes de santé liés à l'obésité et les problèmes culturels qui sont liés aux préjugés face à l'obésité. Certains chercheurs suggèrent de parler des obésités plutôt que de l'obésité, et ce, afin de mieux souligner les divers types d'accumulation de graisse que l'on retrouve chez les humains. L'endroit où s'accumule la graisse a un plus grand rapport avec la santé que le poids lui-même. L'étude de Ernberger et Haskew (1987) souligne l'importance d'établir une distinction entre les deux formes de répartition de la graisse. On constate que les personnes dont la graisse s'accumule dans la partie inférieure du corps semblent jouir de la protection amenée par les tissus

adipeux sans souffrir de leurs effets négatifs; par contre, celles dont l'accumulation se fait au tronc, bien qu'elles bénéficient des avantages amenés par la présence d'un surplus de graisse, voient aussi augmenter les risques pour leur santé. Il a été ainsi largement démontré qu'une accumulation de graisse dans la partie inférieure du corps avait peu de risques sur l'état de santé de la personne. Presque tous les problèmes de santé se retrouvent en effet chez les personnes dont le poids s'accumule au tronc. Les milieux spécialisés affirment que la distribution du poids a plus d'importance que le poids lui-même.

Selon Pauzé, Chatelois, Bouvier (1983), on remarque chez les populations obèses une probabilité plus grande d'apparition de maladies diverses qui serait liée à la sévérité du problème alimentaire. Car l'obésité s'accompagne souvent de troubles métaboliques: hyperlipidémie, qui est un excès de graisse dans le sang ou l'hyperglycémie, qui est un excès de sucre dans le sang et un excès d'insuline. Tous ces problèmes ont amené les compagnies d'assurances à enquêter et à questionner le corps médical sur l'incidence de l'obésité et de ses effets. De là l'importance de différencier ce qui appartient au domaine de la santé de celui du problème culturel avec tout ce qu'il sous-tend comme préjugés face aux personnes souffrant d'obésité.

Par ailleurs, selon Pauzé et al. (1983), l'accessibilité alimentaire dans les milieux pauvres est parfois très limitée comparativement à celle des milieux plus favorisés. Son étude démontre qu'il existe dans le quartier défavorisé de Saint-Henri à Montréal, 53 dépanneurs et un seul supermarché de grandeur moyenne pour une population de 14 000 habitants. C'est donc dire que, dans ce quartier, il y a un dépanneur par 265 habitants. L'hypothèse des chercheurs est que la majorité des familles de Saint-Henri n'ont pas toujours l'argent liquide pour se procurer les aliments dont elles ont besoin pour leur santé et qu'il est plus facile d'acheter à crédit dans les dépanneurs. De plus, dans les dépanneurs, les

produits de consommation sont limités et les gens achètent des produits pré-cuisinés et industrialisés. De plus, ces conditions de vie précaires limitent considérablement leur répertoire de comportements gratifiants et épanouissants. Toujours selon Pauzé (1983), les quelques activités auxquelles ces gens ont accès sont souvent reliées à la nourriture et à la télévision. Dans un tel contexte, il est peu étonnant de rencontrer tant de personnes obèses.

D'ailleurs l'étude de Goldblatt, Moore et Stunkard (1965), sur la répartition de l'obésité selon le niveau socio-économique, révèle que 30% des femmes de niveau socio-économique défavorisé sont obèses comparativement à 16% chez les femmes d'un niveau un peu plus élevé et à 5% chez celles de la classe la plus favorisée. Pour ce qui est des hommes, la différence entre les classes sociales est la même mais à un degré moindre. Ainsi, 32% des hommes économiquement défavorisés sont obèses comparativement à 16% chez les plus nantis. L'écart entre les hommes et les femmes de niveau socio-économique défavorisé est moins grand qu'entre les hommes et les femmes de niveau économique de milieu favorisé. Le fait qu'il y ait moins de femmes obèses chez les bien nantis peut avoir de multiples causes. La pression sociale, incitant davantage les femmes à rester minces, est beaucoup plus forte dans les milieux favorisés. Le fait que les gens de milieux favorisés soient plus sensibles aux problèmes de l'obésité les amène aussi à s'intéresser plus à leur alimentation et à leur condition physique. Tandis que les gens des milieux défavorisés sont moins sensibilisés et n'ont pas les moyens financiers pour faire face à de tels problèmes.

L'association entre minceur et santé s'est graduellement accentuée au cours des dernières décennies. Elle coïncide avec l'arrivée d'une nouvelle dimension qui est l'avènement du culte du corps. La forme physique autant que la minceur sont devenues des absolus. On retrouve un comportement aussi tenace de la bonne forme chez les obsédés du régime alimentaire. Selon Bourque (1991), il s'agirait en fait d'expressions différentes d'une

confusion fondamentale entre le corps et l'identité, expressions souvent inextricablement liées chez une même personne.

En résumé l'obésité peut être amenée par différents facteurs soit d'origine héréditaire ou organique qui viennent perturber le métabolisme énergétique. De plus, les problèmes financiers reliés à l'obésité et les échecs répétitifs des régimes afin de correspondre aux pressions socioculturelles conduisent les personnes à développer une obsession face à la nourriture. En plus de se blâmer de leur insuccès, les personnes obèses en arrivent à se dévaloriser, à avoir une image négative d'elles-mêmes et une faible estime de soi. Même si l'obésité féminine est connotée de façon plus péjorative, l'obésité masculine semble, elle aussi, devenir de plus en négative. Si les hommes semblent s'occuper davantage de leur santé que de leur apparence physique, ils pourront, eux aussi, être touchés au niveau de leur image du corps et de leur concept de soi.

c) Facteurs psychologiques et familiaux

Les facteurs héréditaires amènent à tout le moins des prédispositions à l'obésité; l'environnement socioculturel exerce des pressions quant à l'idéal de minceur; et les problèmes socio-économiques viennent souvent compliquer davantage les problèmes d'obésité. Pourquoi la personne obèse continue-t-elle à prendre du poids ou à maintenir son surplus de poids malgré sa détermination à vouloir maigrir?

Pourquoi les personnes, souvent soumises aux mêmes pressions héréditaires et sociales, ne développent-elles pas tous des problèmes d'obésité? La personne, consciente et parfois inconsciente, reçoit, intègre et articule ces influences génétiques et sociales. Elle grandit dans une famille donnée et se développe une image de son corps et d'elle-même comme personne. Elle acquiert ou non un sentiment d'autonomie, de contrôle sur elle-

même et son environnement. Il importe donc, d'explorer davantage les facteurs familiaux et psychologiques reliés à l'obésité.

Le concept d'oralité, développé par Freud et repris par Babcock (1948), souligne la première relation inter-personnelle de l'enfant à la mère lorsqu'elle prend soin de lui. Une relation inadéquate entre cette dernière et l'enfant peut amener certaines fixations au niveau oral du développement. Les besoins non comblés de sécurité et d'amour de l'enfant peuvent ainsi se transformer en un grand besoin de manger à cause d'une association inconsciente infantile entre «être nourri» et «être aimé». Dans l'enfance, la stimulation de la bouche, quelqu'en soit le moyen, est une activité sécurisante, plaisante, voire érotique séparée de l'action de manger. Au cours du développement normal de l'enfant, l'aspect nutritif se différencie de l'aspect affectif et érotique et les composantes érotiques se transposent graduellement vers les zones génitales. Néanmoins, des traces érotiques liées à la bouche demeurent tout au long de la vie adulte et se manifestent constamment. Par exemple, la gratification orale est évidente dans le plaisir de donner un baiser, de fumer ou de mâcher. Pour certaines personnes, ces traces sont très évidentes et pathologiques comme dans les cas «d'hyperphagies hystériques» où les personnes réagissent à une menace sexuelle ou à une expérience sexuelle non pas par une excitation génitale, mais par un déplacement vers l'hyperphagie où manger devient hautement érotisé. Enfin, d'autres personnes maintiendront la fusion en associant amour, sécurité et nourriture.

Selon Bruch (1973), la mère qui interprète trop vite le signal d'inconfort que donne son enfant comme étant un besoin de nourriture l'empêche d'avoir une bonne perception de ses besoins. De Castilla et Bastin (1989) abondent dans le même sens en ajoutant l'importance du délai entre le besoin et la satisfaction pour que l'enfant apprenne à se structurer et à se différencier. Ainsi les séquences faim-repas-bien-être vont rythmer les journées dans une répétition rassurante. L'enfant supporte plus facilement l'attente sachant qu'il a expérimenté, qu'après le moment pénible viendra le soulagement. Si la mère répond trop vite au signal

d'inconfort de l'enfant et qu'elle le nourrisse pour ainsi dire préventivement, l'enfant risque d'associer par la suite toutes les sensations comme étant de la faim et sera incapable de les différencier. Cette non-différenciation pourra, par exemple, conduire la personne vers un comportement alimentaire inadéquat pour répondre à ses besoins de confort, de sécurité ou d'amour.

Bruch (1973) écrit qu'elle a mis plusieurs années avant de se rendre compte progressivement que le problème des troubles alimentaires n'avait jamais été bien posé. Des formules comme «les personnes mangent trop parce qu'elles sont frustrées» ou «la nourriture sert de substitut au manque d'amour ou de sécurité» n'expliqueraient pas grand-chose. Pourtant, ce genre de postulat auquel on pourrait ajouter bon nombre d'idées reçues sur le symbolisme de la nourriture ou de l'obésité est aujourd'hui profondément ancré dans les esprits. Bien qu'elle ne considère pas de telles affirmations comme totalement erronées, puisqu'elle pourrait les étayer par de nombreux exemples, Bruch les trouve cependant dangereusement limitatives. Elle pose la question en d'autres termes. Pour elle, il s'agit de découvrir par quelle déviation survenue au cours de la maturation affective, la personne a vu ses facultés intégratrices perturbées au point de déclencher les mécanismes de la fonction alimentaire pour répondre à des demandes d'origine émotionnelle. Une interprétation inadéquate du besoin de manger et la difficulté qu'a la personne à concevoir sa propre identité seraient pour Bruch deux points importants dans la genèse des troubles de l'alimentation.

Pour Apfeldorfer (1991), il importe encore de tenir compte des notions psychanalytiques d'oralité, de prégénitalité, de narcissisme, d'introjection, de vrai et de faux Soi ou de façon plus imagée, de ce qui est flou dans les limites du Moi lorsqu'il s'agit d'obésité et de troubles des conduites alimentaires. Cependant, Apfeldorfer présente une autre notion très importante qui est celle du concept d'empathie. Il permet de saisir davantage comment la personne obèse en vient à prendre ses points de repère à l'extérieur d'elle-même, ce qui la conduit souvent à perdre son identité, et ce, dès le jeune âge.

L'empathie consiste à ressentir ce que l'autre ressent et à le lui faire savoir. C'est le psychanalyste Winnicott (1969) qui a souligné la nécessité de l'empathie maternelle dans la maturation de l'enfant. C'est non seulement au travers de l'acte de nourrir, des gestes et des paroles tendres qui l'accompagnent, mais aussi au travers des multiples contacts corporels tandis qu'elle le porte, qu'elle le manipule ou qu'elle lui prodigue des soins corporels que la mère transmet son affection à son enfant. Ce sont ces divers contacts qui permettent la constitution chez l'enfant d'une sorte de «membrane de délimitation» qui se confond avec la peau. Ainsi s'établirait la distinction entre le «Moi» et le «Non-Moi», l'intérieur et l'extérieur.

Pour Apfeldorfer (1991), la personne obèse se place dans une position d'hyperempathie qui l'empêche de prendre du recul. La difficulté n'est pas de comprendre les autres, mais de se situer par rapport à eux. L'attention de l'hyperempathique étant captée par ce qui lui est extérieur, cette perception l'empêche d'effectuer un retour sur elle-même. De fait, tandis que le monde du dehors est ressenti comme plein et captivant, l'hyperempathique se perçoit comme vide et irréel. Ce ressenti ne peut qu'accélérer sa perception et pousser l'hyperempathique à se détourner de son intériorité.

Les critères de jugement de l'hyperempathique sont toujours ceux du dehors. Ainsi en va-t-il de la sensation de faim: la plupart du temps, la faim n'est pas sentie, submergée qu'elle est par l'afflux des perceptions extérieures. Lorsqu'elle est perçue, elle est mise en doute. Ce don d'empathie se trouve en partie gâché par la difficulté de se détacher de l'objet de sa perception. À force de ne considérer que le monde extérieur aux dépens de ses sensations corporelles et de ses émotions, le sentiment d'exister s'estompe. La prise de nourriture intervient alors comme un moyen d'inverser la tendance, de rétablir un sentiment d'intériorité tout en faisant barrage au monde extérieur. Il s'agit au sens propre d'une entreprise de restauration du Moi et du schéma corporel. Manger constitue un moyen simple d'en-

gendrer en soi une multitude de sensations corporelles permettant de se sentir exister à nouveau. De plus, l'hyperempathique manque de points de références internes; les valeurs qui lui sont extérieures prenant toujours le pas sur ce qui provient du dedans, l'hyperempathique a le plus grand mal à déterminer ce qu'il ressent, ce qu'il désire et si ce qu'il pense désirer est bien ce qu'il désire vraiment.

Selon Apfeldorfer (1991), la problématique de l'hyperempathique est celle du Soi et du Non-Soi, du dedans et du dehors, du vide et du plein, de la dépendance et de l'autonomie. Pour lui, la principale caractéristique des parents d'enfant obèse, boulimique ou anorexique mental, est une carence en empathie. Le nourrisson comme l'enfant sont naturellement conduits à tenter de suppléer à la carence parentale. Confronté à une mère incapable de deviner ses émotions, l'enfant tentera de deviner celles de sa mère. La mère ne saisissant pas adéquatement les besoins de son enfant, c'est l'enfant qui apprendra à répondre ou à correspondre aux besoins et aux attentes de celle-ci. Si cette hypothèse s'avère fondée, parler de fusion mère-enfant serait pour Apfeldorfer un contresens. Ce ne serait pas parce que la mère accapare trop son enfant qu'il ne parviendrait pas à s'en détacher. Bien au contraire, c'est parce qu'elle reste un objet opaque et incompréhensible. L'enfant tente désespérément d'établir un lien empathique en essayant de percer le mur qui les sépare. Cet effort perpétuel le détourne de lui-même et l'empêche de se constituer en personne autonome en la centrant définitivement sur l'extérieur. Pour Apfeldorfer, ce concept d'empathie peut être rapproché de celui d'«accordage» - *attunement* - proposé par l'éthologiste Daniel Stern (1985). Cet accordage, contrairement à l'empathie de Winnicott (1969), ne procède pas du seul mouvement de la mère qui saurait deviner son nourrisson, mais consiste en une harmonisation, un partage de sensations, des expériences entre mère et enfant, où tous les deux sont actifs. Le manque d'accordage entre parent et enfant conduit l'enfant à une position d'hyperempathie.

Apfeldorfer (1991) identifie plusieurs systèmes familiaux qui jouent un rôle dans l'obésité et la boulimie non seulement chez les obésités ayant débuté dans l'enfance et à l'adolescence mais aussi à l'âge adulte: Nous citons deux de ces familles, soit la famille «bruchienne» et la famille «psychosomatique».

Dans la famille «bruchienne», la mère, peu intuitive, a tendance à décider de ce que l'enfant doit ressentir à un moment donné. Elle ne doute jamais et sait quand il a froid, chaud, sommeil ou faim. Cette mère rigide a des idées toutes faites. En établissant elle-même, sur un mode normatif, ce que son enfant est censé désirer pour qu'il soit l'enfant qu'elle souhaite, elle le maintient sous sa coupe, le surprotège, l'empêchant d'évoluer en personne autonome. La mère qui prend le parti de répondre systématiquement par une offre de nourriture parce qu'elle est incapable de répondre aux besoins affectifs de son enfant manque de qualités empathiques.

Dans la famille «psychosomatique», les conflits émotionnels sont transformés en symptômes physiques. C'est la famille psychosomatique de Minuchin, Baker, Rosman, Liebman, Milman et Todd (1975), où l'enfant porteur de symptôme aurait pour rôle d'amoindrir les conflits familiaux. Quatre grandes caractéristiques marquent la famille psychosomatique et seraient, entre autres, des productrices d'enfants ou de conjoints obèses: la fermeture de la famille sur elle-même, la surprotection de l'enfant, la rigidité des interactions au sein de la famille et l'incapacité à résoudre les conflits. Selon Apfeldorfer (1991), la personne obèse vivant dans un tel milieu possède une perception peu différenciée d'elle-même et des autres, une difficulté à distinguer le soi du non-soi, une immaturité, une sensation de fausseté de son propre vécu, une difficulté à exprimer des sentiments négatifs, tout particulièrement la colère, une tendance à s'accrocher aux autres et à être dépendant du milieu et, enfin, une fragilité narcissique avec tendance à la dépression. Dans le même

ordre d'idée, Ganley (1986) fait appel à la théorie de l'hyperphagie par stress émotionnel pour expliquer la prise de poids. Cette hyperphagie permet de baisser les tensions émotionnelles internes et vient renforcer la fiction d'une pseudo-harmonie familiale. La personne obèse tente d'éviter l'expression des conflits, se sent responsable de ceux-ci et de tout ce qui va mal et devient ainsi le bouc émissaire des problèmes familiaux.

En résumé, l'obésité est donc un phénomène complexe et multidéterminé. Tous les facteurs, qu'ils soient héréditaires et organiques, culturels ou socio-économiques, psychologiques ou familiaux interagissent et produisent des effets circulaires qui affectent le comportement de la personne obèse et la portent vraisemblablement à développer une identité fragile ainsi qu'une piètre image d'elle-même. La compréhension de l'obésité passe donc par la compréhension de la personne obèse, de sa dynamique psychologique et de sa perception d'elle-même. C'est le propos de la section suivante.

3- L'image du corps, le concept de soi et l'obésité.

La personne est lieu de réception et d'intégration des influences et des différents facteurs génétiques, alimentaires, culturels, socio-économiques, psychologiques et familiaux. Selon Rogers (1951), Fitts (1965), Coleman (1969), Toulouse (1971), L'Ecuyer (1975), chaque personne se construit une représentation de soi à travers le champ perceptuel de ses expériences et développe sa personnalité. Très tôt après sa naissance et jusque vers l'âge de deux ans, on assiste à l'émergence du soi. Vers l'âge de trois ans à six ans, à travers des gestes d'autonomie, apparaît une phase de consolidation où le soi prend de l'expansion selon le degré d'acceptation, de respect, de valorisation que l'enfant reçoit de son milieu et selon l'importance que ses parents ont à son égard. Par la suite, c'est à travers diverses expériences avec ses pairs, son environnement, avec la rentrée à l'école et l'histoire de ses succès ou déboires que l'enfant continue à développer positivement ou négativement son estime de

soi. Ultérieurement, il aura à s'ouvrir au monde afin d'intégrer de nouvelles expériences. Il construira à travers toutes ces expériences une image de son soi et un idéal de ce qu'il veut devenir. Ces différents ensembles sont interreliés et forment le concept de soi, c'est-à-dire la perception globale ou l'image que la personne tient comme vraie d'elle-même. Plus cette image sera claire et définie, plus la personne se tiendra elle-même en haute estime, plus son identité sera forte et meilleurs seront ses sentiments d'autonomie, de pouvoir et de contrôle sur ses comportements et sa vie.

Dans cette troisième partie, nous abordons dans un premier temps, ce qu'est l'image du corps, et la formation de cette image et nous citons des recherches qui se sont penchées, sur l'image du corps de la personne obèse. Dans un deuxième temps, nous abordons différentes terminologies du concept de soi et de l'estime de soi afin de différencier ces termes pour ensuite étudier leurs relations avec l'obésité.

a) L'image du corps

Coleman (1969) affirme que le nourrisson ne vient pas au monde avec une image de lui-même comme personne. Au début, il ne sait même pas où commence et finit son propre corps. Ce n'est que graduellement qu'il établit les frontières entre le moi et le non moi. Cette première perception de son être physique s'appelle l'image du corps et forme le noyau central de son image ou concept de soi.

Schilder (1968) définit l'image du corps comme: «L'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit, la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes». Pour lui, «L'image du corps est, par essence, sociale et jamais isolée, elle est toujours encerclée par les images du corps des autres.» Ou bien encore: «Nous n'existons pas sans les autres. Il n'y a pas de sens dans le mot «moi» quand il n'y a pas un

«tu». Nous ne faisons pas que tolérer l'existence des autres; elle est pour nous une nécessité interne.» (Cité dans Apfeldorfer 1991, p.70)

La notion de l'image du corps permet de préciser les relations que chaque personne entretient avec son corps. Elle permet aussi de voir l'influence que les valeurs sociales auxquelles la personne adhère jouent un rôle important dans toute sa manière d'être au monde. La personne humaine est capable de réfléchir, de se faire une représentation d'elle-même et des autres, de percevoir ses comportements et de se construire une image de son corps positive ou négative selon la compréhension qu'elle se fait ou qu'elle reçoit de l'environnement.

Mais comment l'image corporelle peut-elle affecter l'attitude de la personne obèse face à son problème d'obésité? D'après une étude de Stunkard et Mendelson (1967), il semble que l'image du corps négative soit présente exclusivement chez les personnes devenues obèses au cours de l'enfance et de l'adolescence et que cette image négative persiste même après une période de perte de poids.

Pour Bruch (1973),

«L'idée que se faisait Schilder de l'image du corps était quelque chose de plus qu'un modèle de posture résultant des positions et du mouvement du corps, elle représentait un modèle intégré de toutes les expériences organiques et psychiques immédiates. (...) Nous ne connaissons pas grand chose de notre corps si nous ne le mettons pas en mouvement. Quand un enfant se déplace dans son environnement, les sensations qui se détachent des multiples feedbacks musculaires et de la perception sont intégrées dans une image du corps qui se développe selon une dynamique; donc la motilité joue un rôle essentiel, non seulement pour définir les frontières du moi, mais pour différencier le moi de l'ensemble du milieu de la perception.» (pp. 108-109)

Pour Bruch (1973): "Il importe d'aider la personne obèse à parvenir à une conscience plus réaliste de son fonctionnement, corporel ou autre, et à intégrer les expériences diverses en un tout qui fonctionne, soumis à des impulsions variables; d'où l'importance pour la personne obèse de parvenir à les vivre comme étant sous son propre contrôle. (...) Progressivement la personne obèse parvient à comprendre comment la déformation de son concept du corps, structurel aussi

bien que fonctionnel, est intimement mêlée à ses expériences et ses interactions avec les personnes importantes qui sont mêlées à sa vie». (p 110)

L'étude de Stein (1987) sur les adolescentes démontre qu'un problème au niveau de l'image du corps peut conduire la personne obèse à avoir des sentiments négatifs face à son corps ou à avoir une perception négative quant à l'image physique qu'elle se fait d'elle-même. Le problème d'estime de son image du corps est donc grandement relié à la vision que ses pairs ou ses parents lui renvoient. S'ajoute ici l'influence des facteurs socio-culturels décrits précédemment

L'image du corps de la personne obèse est pour Apfeldorfer (1991) sans cesse confrontée à l'image que lui renvoie le monde extérieur. Celle-ci maintient alors avec difficulté une image de son corps cohérente, conforme à la réalité. La personne obèse se perçoit plus ou moins grosse selon son état émotionnel et selon l'image que lui renvoient les autres. Dans ses fantasmes comme dans ses rêves nocturnes, elle se visualise rarement avec un gros corps. Apfeldorfer (1991, p. 72) cite Cyril Connolly: «À l'intérieur de tout homme gros est enfermé un homme mince qui fait des signes désespérés pour qu'on le laisse sortir.»

Comme nous venons de le voir à travers les études citées, plusieurs facteurs interviennent dans la relation de l'image du corps et de l'obésité. De plus, nous pouvons mieux voir comment l'âge du début de l'obésité, les problèmes émotifs, l'environnement et les préjugés ainsi que la rétroaction négative de l'entourage sont tous interreliés et produisent des effets circulaires sur l'image du corps. Comme les composantes «image du corps» ou «soi physique» et «estime de soi» font souvent partie des définitions et des instruments de mesure du concept de soi, nous abordons ces différents aspects pour apporter des nuances et une

meilleure compréhension du concept de soi, surtout lorsqu'il est relié à un problème d'obésité.

b) Le concept de soi

Un très grand nombre de chercheurs s'entendent sur le fait que le concept de soi joue un rôle important dans les conduites humaines. Il y a, selon Brunel, (1990) autant de définitions du concept de soi, qu'il y a de théories psychologiques. La psychologie du concept de soi a pris un grand essor depuis les dernières décennies. De plus, le concept de soi et le concept d'estime de soi, sont souvent confondus et les chercheurs utilisent souvent des échelles d'estime de soi pour étudier le concept de soi. Cette section présente le concept de soi dans son développement et précise diverses terminologies utilisées pour décrire le soi.

William James (1890) est sans nul doute l'investigateur à l'origine du concept de soi. Il distinguait le soi connu ou objet d'expérience, le «je», et le soi qui est l'objet de la connaissance, le «moi». James définissait le concept de soi comme: «la somme totale de tout ce que la personne peut appeler sienne, non seulement son corps et ses capacités physiques, mais ses vêtements et sa maison, son conjoint et ses enfants, ses ancêtres et ses amis, sa réputation et son travail, ses terres et ses chevaux et son yacht et son compte de banque.» (Voir L'Écuyer, 1978, p. 17.) Déjà, il a un siècle, étaient tracées les voies du concept de soi. James définissait un «soi matériel», un «soi social», un «soi spirituel» et un «super égo».

Pour L'Écuyer (1990), le concept de soi se définit comme :

- un système multidimensionnel composé d'un ensemble très varié de perceptions que la personne éprouve au sujet d'elle-même (*aspect multidimensionnel*),
- dont les contenus émergent à la fois de l'expérience personnelle et de l'influence des autres sur ses propres perceptions (*aspect expérientiel et social; processus d'émergence*),

- contenus qui s'organisent et se hiérarchisent progressivement en un tout cohérent autour de quelques structures délimitant les grandes régions fondamentales de l'expérience de soi ...,
- organisation hiérarchique qui varie et évolue elle-même ainsi que le degré d'importance de chacun de ses constituants selon l'âge et les besoins durant toute la vie (*Aspect évolutionnel et niveaux d'importance*);
- par différenciations progressives identifiables sous forme d'étapes ou de stades (*aspect différenciateur*)
- en fonction de l'expérience quotidienne (parfois rétrospective ou anticipatoire) directement ressentie, puis perçue et finalement symbolisée ou conceptualisée par la personne (*aspect expérientiel et cognitif*)
- et où la cohésion interne de cette organisation perceptuelle complexe est essentiellement orientée vers la recherche du maintien et de la promotion de l'adaptation de la personne tout entière (*aspects actif et adaptatif*). (Revue québécoise de psychologie, vol. 11, no 1-2 p. 131)

Toulouse (1971), lors de la traduction française du Tennessee Self Concept Scale de Fitts (1965), écrit :

«Le comportement de la personne est déterminé et relié à son champ phénoménologique et ce dernier comprend tout ce dont la personne est consciente au moment de son action. Ce champ phénoménologique se différencie pour former un soi phénoménologique qui englobe tous les aspects du champs que la personne perçoit comme caractéristiques d'elle-même. Ce soi phénoménologique a deux composantes principales: d'une part, *il est composé de diverses perceptions que la personne a d'elle-même et d'autre part, il sert à guider le comportement de la personne, et la porte à agir d'une façon consistante, avec le concept qu'elle a d'elle-même ou le concept de soi*. Donc, à l'intérieur du champ phénoménologique de la personne, on peut postuler l'existence d'une représentation consciente de soi telle que vue, perçue et expérimentée par la personne dont la somme constitue le concept de soi.». (p. 1-3, l'italique a été ajouté par nous.)

Pour paraphraser Coleman (1969, p. 62), le concept de soi est l'image que la personne se fait d'elle-même, la conscience d'elle-même comme distincte des autres personnes et des choses. Cette image de soi intègre la perception de ce qu'elle est réellement (identité de soi) et de la valeur qu'elle s'attribue (évaluation de soi). Le concept de soi inclut donc, non seulement l'identité de la personne mais aussi l'estime de soi qui se réfère à l'évaluation qu'une

personne fait d'elle-même. Cette évaluation peut être colorée par l'idéal de soi, c'est-à-dire, ce vers quoi la personne tend pour se réaliser. L'idéal de soi peut avoir des conséquences positives ou négatives selon le niveau d'aspiration que la personne a envers elle-même. Il est donc important que les aspirations ne soient pas trop grandes, mais réalistes, sinon il y a risque d'évaluation négative au lieu de positive.

Comme nous venons de le voir, le concept de soi est la perception globale que la personne a d'elle-même. Elle inclut l'image qu'elle se forme de son propre corps et d'elle-même comme personne dans ses dimensions physiques, intellectuelles, affectives et sociales. À mesure que la personne développe son identité personnelle, la façon dont elle se perçoit devient une force active dans l'organisation et l'orientation de ses comportements adaptatifs. Cette perception aura des influences différentes sur ses comportements selon qu'elle est positive ou négative. Cette évaluation de sa personne ou l'estime qu'elle se porte viendra colorer son langage intérieur, sa perception de l'environnement et son comportement. Nous en venons donc à la notion d'estime de soi.

c) L'estime de soi.

Pour Coleman (1969), l'enfant commence à développer un «Soi», à travers les apprentissages qu'il fait avec ses parents et son environnement et il développe sa personnalité. Par la suite, c'est à travers différents comportements dans son environnement qu'il développe une «image de soi» physique et intérieur et construit ainsi son «estime de soi» qui le conduit vers un «concept de soi» plus large.

Pour Toulouse (1971), alors que «le concept de soi» est formé de sous-ensembles interreliés concernant les idées, les images et les opinions que la personne a d'elle-même. Dans ce sens, il parle alors de structures cognitives du concept de soi, tandis que «l'estime

de soi», qui est un autre ensemble, fait référence à la partie évaluative subjective, des impressions et des sentiments que la personne éprouve à son égard.

Pour L'Écuyer (1975), «l'estime de soi» fait référence à la partie évaluative du concept de soi. L'estime de soi reflète les tendances que la personne a à s'aimer, à se respecter, à avoir confiance en elle-même et à se considérer comme une personne ayant de la valeur face à elle-même et envers les autres. Cette évaluation exprime le degré d'approbation ou de désapprobation, la valeur et l'importance auxquelles la personne se reconnaît digne.

Coleman, (1969), Toulouse (1971) Calhoun et Morse (1977); Germain (1978) présentent tous des définitions où ils différencient le soi, le concept de soi et l'estime de soi. Pour eux, le soi s'établit tout d'abord lorsqu'une personne prend conscience qu'elle est une entité séparée des objets et de son environnement. Par la suite, le concept de soi se développe graduellement à partir de la perception qu'une personne a d'elle-même en termes d'habileté, de valeur et de limites tandis que l'estime de soi correspond davantage au processus d'évaluation. Et bien qu'étant très différentes, ces trois composantes s'influencent mutuellement.

Pour Beaudoin (1983),

«le développement de «l'estime de soi» réfère aux sentiments éprouvés par la personne concernant son «concept de soi». Et le mot clé dans cette composante évaluative est reconnu comme la satisfaction que la personne a face à l'idée qu'elle se fait d'elle-même. Il apparaît évident que le concept de soi est, au niveau du développement, l'antécédent logique de l'estime de soi. Il faut premièrement se former une opinion de soi-même, fixant ses propres capacités et limites, avant d'être capable de déterminer le degré d'estime ou de satisfaction face à cette opinion.» (p. 10)

La présente recherche retiendra la notion de concept de soi en tant que description que la personne se fait d'elle-même, incluant son évaluation subjective, l'estime de soi. Dans le contexte, les deux termes sont connexes au point d'être interchangeables; et le concept de soi positif ou négatif viendra colorer le langage intérieur de la personne, sa perception de

l'environnement, ses comportements et en retour la façon dont elle se perçoit comme agissante. Nous aborderons maintenant des études qui opèrent un rapprochement entre l'image du corps, le concept de soi et l'obésité.

d) L'image du corps, le concept de soi, l'estime de soi et l'obésité

Stein (1987), suite à une recension des écrits sur le concept de soi de jeunes femmes obèses et non obèses, affirme que plusieurs personnes obèses ont un problème au niveau de leur image corporelle, entre autre, des sentiments négatifs face à leur corps et une perception erronée de sa dimension. Cette estime du corps négative serait liée à la vision que leur renvoient les parents, les pairs, la société. Par contre, une estime du corps négative ne se reflète pas toujours sur l'estime de soi (Klein, 1977)

Les enfants obèses ont un concept de soi plus négatif que celui des enfants de poids normal. Ce concept de soi serait lié à l'importance accordée à l'apparence physique (image corporelle), au fait d'être plus déprimés et moins aimés par leurs pairs (Strauss et Smith, 1985). Les femmes obèses ont un concept de soi plus faible que celui des femmes non obèses (Helfman, 1981)

Plath et Belzer (1986), dans leur article sur l'estime de soi et la santé, notent que les personnes dont l'estime de soi est plus élevée ont une alimentation plus saine et consomment généralement moins d'aliments qui n'ont aucune valeur nutritive. Ces auteurs lient le manque de contrôle face à la nourriture à une estime de soi peu élevée chez plusieurs de ces personnes. L'excès de poids joue un rôle sur la perception négative que les femmes obèses ont d'elles-mêmes (Sobal et Stunkard, 1989)

Quant aux auteurs cliniciens cités tout au long de cette recherche, plusieurs (Bruch, 1973, Bourque, 1991) reconnaissent spécifiquement le lien entre l'estime de soi et l'obésité.

Pour Bruch (1973), lorsqu'on parle du peu d'estime que les personnes obèses ont envers elles-mêmes, il ne faut pas seulement considérer le stigmate social comme étant la seule cause des problèmes psychologiques. Ces problèmes sont aussi reliés à des expériences psychologiques de la prime enfance et de l'adolescence.

Quant à Bourque (1991) elle apporte une critique plus sévère du regard que la société porte sur la personne obèse. Pour elle, il ne faut pas se surprendre qu'il y ait tant de personnes obèses qui détestent leur corps et ont des problèmes d'estime de soi. Car, si on est gros, il y a risque de développer des problèmes psychologiques, parce que la société renvoie la personne obèse à une image négative d'elle-même. Et en retour, cette image négative entretient l'obésité.

Pour Apfeldorfer, (1991), le rejet social crée et entretient chez beaucoup de personnes obèses le doute sur elles-mêmes. Ce doute remet en question l'image de leur corps, leur valeur intrinsèque comme personne, ébranle leur personnalité et influence négativement l'évaluation qu'elles se font d'elles-mêmes, comme personne ayant du pouvoir et du contrôle sur leurs comportements.

Pour résumer l'ensemble de ce contexte théorique, rappelons que l'obésité est une problématique complexe mettant en évidence les problèmes psychologiques de la personne obèse. D'une part, il y a une obésité reliée aux facteurs héréditaires et organiques, aux facteurs culturels et socio-économiques ainsi qu'aux facteurs familiaux; d'autre part, il y a une obésité subjective qui correspond au malaise ressenti face à son corps. Tous ces facteurs ont des effets sur l'ensemble de la personnalité et influencent négativement l'image du corps, le concept et l'estime de soi de la personne obèse. Cet effet serait plus marqué chez les femmes que chez les hommes, du moins si l'on s'en tient aux études de Mendelson et White (1982), 1985) avec une population d'adolescents.

Dans le cadre de cette recension des écrits, la présente recherche veut explorer, dans une population québécoise, la relation entre le concept de soi des personnes obèses et celui des personnes dont le poids est considéré normal. Elle veut également vérifier si le concept de soi des hommes obèses est différent de celui des femmes obèses.

Chapitre deuxième

Méthode

Ce chapitre présente les sujets de la recherche, le déroulement de l'expérimentation, les mesures d'obésité et du concept de soi (Tennessee Self-Concept Scale: T.S.C.S.). Il se termine par la formulation opérationnelle des hypothèses de recherche.

Sujets

Les sujets participant à cette recherche sont au nombre de 156 hommes et femmes répartis en quatre groupes distincts. Le premier groupe comprend trente et un hommes obèses dont la moyenne d'âge est de 43 ans, avec une moyenne de scolarité de 15 ans et un indice de la masse corporelle moyen (IMC : voir définition p. 44) de 32. Le deuxième groupe comprend trente trois femmes obèses dont la moyenne d'âge est de 37 ans, avec une moyenne de scolarité de 13 ans et un indice de la masse corporelle (IMC) de 35. Le troisième groupe comprend trente hommes non obèses dont la moyenne d'âge est de 39 ans, avec une moyenne de scolarité de 14 ans et un indice de la masse corporelle (IMC). Le quatrième groupe comprend 61 femmes non obèses dont la moyenne d'âge est de 39 ans, avec une moyenne de scolarité de 13 ans et un indice de masse corporelle (IMC) de 23. (Voir tableau 1, p.52) Le recrutement des sujets est lié à l'expérimentation et abordé dans la section suivante.

Déroulement de l'expérimentation

Plusieurs personnes obèses ont été recrutées collectivement au sein de l'organisme Nutri Forme. Elles se sont inscrites dans une démarche de prise en charge de leur condition physique et avec la collaboration de la directrice de l'association, l'auteure a pu présenter sommairement le but de son étude aux sujets potentiels. D'autres sujets ont été recrutés

dans un deuxième organisme, Minçavi, avec l'autorisation des personnes responsables. Dans tous les cas, un questionnaire démographique ainsi que le questionnaire du Tennessee Self Concept Scale ont été remis à chaque personne ayant accepté de participer à la recherche. Les questionnaires étaient remplis sur place. Finalement, vingt-deux sujets ont été recrutés par l'entremise de diététistes qui avaient accepté de contribuer à cette étude en présentant les questionnaires à leurs clients et clientes obèses, toujours sur une base volontaire. Les questionnaires étaient soit apportés à la maison ou remplis sur place avec les consignes appropriées données par la diététiste, sous les directives de l'auteure. Le retour des questionnaires s'effectuait par l'entremise de la diététiste.

Quant au groupe des personnes non obèses, le recrutement s'est fait au sein de groupes sportifs comme: le badminton, la natation, la marche active et le yoga où ces gens avaient un intérêt pour leur condition physique. Les questionnaires étaient remplis sur place ou apportés à la maison avec les directives appropriées données par la chercheuse. Le retour des questionnaires apportés à la maison s'est fait par courrier.

Dans tous les groupes, il ne fut jamais mentionné que la recherche portait sur le concept de soi.

Questionnaire démographique

Un questionnaire démographique a été utilisé pour recueillir les informations permettant de décrire la population, en termes de statut social, de scolarité et de revenu familial. Afin de mesurer l'indice de la masse corporelle (IMC), nous demandions aux sujets de mentionner leur poids et leur taille. Ces données comportent possiblement une certaine part de subjectivité, mais le fait que les sujets aient été assurés de l'anonymat des résultats

offre une «garantie relative d'honnêteté» tant dans les réponses au Tennessee Self Concept Scale qu'aux données sur la taille et le poids.

Une mesure d'obésité

La méthode utilisée pour mesurer l'indice de la masse corporelle (IMC) est celle proposée par Khosla et Lowe (1967) et couramment utilisée par Statistique Canada (1994) et qui est également appelée Indice Quételet. L'indice de masse corporelle (IMC) est le résultat de la division du poids (en kilogrammes) par la taille au carré (en centimètres). La formule est donc: $IMC = \text{poids (kg)} \div \text{taille}^2 \text{ (cm)}$. Le chiffre obtenu est un point de repère qui permet de mettre en relation le poids et la taille des adultes de 20 à 65 ans. L'IMC est utilisé comme indicateur pour déterminer l'intervalle de poids souhaitable pour chacun. Il ne s'agit cependant pas d'une mesure de masse adipeuse. Un IMC souhaitable est situé entre 20 et 25, il correspond à un poids satisfaisant pour la plupart des gens, un IMC de 25 et 27 peut entraîner des problèmes de santé chez certaines personnes, et un IMC supérieur à 27 présente un risque accru à cause d'un problème de surpoids. Plus on s'éloigne de la limite supérieure, plus il y a risque de développer des problèmes liés à un surplus de poids. Un IMC inférieur à 20 peut aussi être associé des problèmes de santé et à l'anorexie mentale. Cette formule a été préférée à celle de Bjorntorp, indice de masse adipeuse, parce qu'elle est plus simple et nécessite moins de mesures directes et semble plus juste pour mesurer l'indice de l'obésité selon Decourt et Périn (1968).

Dans la présente recherche, les sujets ayant un IMC supérieur à 27 sont retenus comme faisant partie du groupe de personnes obèses, tandis que les sujets ayant un IMC entre 20 et 25 sont retenus pour le groupe de personnes non obèses. Les sujets dont l'IMC est inférieur à 20 étant potentiellement pathologiques n'ont pas été retenus.

Le Tennessee Self Concept Scale (T.S.C.S.)

L'instrument sélectionné pour mesurer le concept de soi est le Tennessee Self-Concept Scale (T.S.C.S.) construit par Fitts (1965). La présente recherche utilise la traduction française de Toulouse (1971).

Le Tennessee Self Concept Scale (T.S.C.S.) est un test objectif qui comporte 100 items descriptifs du soi. Ces items se répartissent comme suit: 45 items formulés positivement, 45 items formulés négativement et 10 items empruntés au M.M.P.I. (Hathaway, S.R., et Mc Kinley, J.C , 1943). Toulouse (1971), dans sa traduction française, demande au sujet de répondre en faisant référence à la perception qu'il a de lui-même. La tâche consiste à évaluer chaque item représentatif d'un état ou d'un trait de personnalité à l'aide de l'échelle répartie en cinq points: 1) complètement faux; 2) surtout faux; 3) partiellement vrai et partiellement faux; 4) surtout vrai; 5) complètement vrai.

Pour Toulouse (1971) , le concept de soi s'articule à partir de trois sous-ensembles qui forment un tout dynamique. Le premier «identité» s'articule en fonction des idées, des images et des opinions que la personne a d'elle-même; le deuxième «satisfaction» représente les évaluations subjectives que la personne porte sur elle-même, que ce soit en terme d'approbation-désapprobation ou à quel degré la personne s'évalue comme valable, importante et efficace; le troisième «comportement» se fait à partir de la manière dont l'individu se voit agir, de ses comportements et de ses réactions. Ces trois sous-ensembles forment un tout interrelié de façon dynamique; lorsqu'il y a changement dans une partie de ce tout, les autres dimensions sont également atteintes.

Le Tennessee Self Concept Scale permet d'explorer huit dimensions du concept de soi, soit les échelles: Identité, Satisfaction, Comportement, Soi Physique (à savoir comment la

personne conçoit son corps, sa santé, ses talents, sa sexualité); le Soi Moral (comment la personne reconnaît ses valeurs morales comme bonnes ou mauvaises); le Soi Familial (est-ce que la personne se reconnaît comme un membre important au sein de sa famille?); le Soi Social (la personne se reconnaît-elle un sentiment d'adéquation dans des situations sociales?); le Soi Personnel (reflète l'impression de valeur personnelle, le sentiment d'être adéquate comme personne et l'évaluation de sa personnalité à l'exception des aspects physiques et sociaux). Ainsi ces huit échelles forment l'échelle Total positif qui représente le concept de soi global ou l'estime de soi de la personne.

Dans la version anglaise, Fitts (1965) présente la validité de son instrument selon les critères suivants: 1) validité de contenu obtenu grâce au processus de choix des items, retenant uniquement les items sur lesquels les juges s'entendent; 2) la validité de discrimination, distinguant les patients des non-patients; 3) les études de corrélation entre les échelles du concept de soi et d'autres mesures de la personnalité telles que le M.M.P.I., le California Psychological Inventory, le Test d'anxiété de Taylor, indiquant que cette mesure n'est pas une répétition des autres tests; 4) et la validité prédictive établie à .69, permettant de prédire les changements qui se produisent en psychothérapie. En ce qui concerne la fidélité telle qu'obtenue par la méthode test-retest, bien qu'il ne mentionne pas l'intervalle de temps entre les deux, est évaluée à 0.92 pour le concept de soi.

C'est Toulouse (1971) qui traduit le T.S.C.S. de Fitts. Pour en vérifier la fidélité et la validité, il a demandé à quatre juges d'évaluer la qualité de la traduction. Ils ont classé les énoncés dans les catégories utilisées par Fitts. Les juges avaient en main le schéma de classification (3 x 5), une définition des catégories et les versions anglaises et françaises de l'énoncé. Leur classement s'est avéré le même que celui de Fitts dans 92.6% des cas. Les sujets étaient des finissants des deux dernières années du cours classique et un groupe de

finissants de l'école normale ($N = 718$ = âge moyen = 20.48. Elle varie de 0.565 à 0.912. Selon Toulouse (1971), les résultats correspondent à ceux présentés par Fitts (1965). Pour la présente recherche, ces coefficients ont été jugés adéquats.

Parmi les études (Vincent, 1968; Vansina et Strauss, 1968; Rentz et White, 1969) faites sur la structure du questionnaire, celle de Vansina et Strauss (1968) sur la validité de construit de l'échelle est la plus complète. Il s'agissait alors de faire une analyse factorielle des 100 questions de l'échelle dans le but de vérifier si le modèle composé de trois mesures du schème de référence interne et de cinq mesures du schème de référence externe se retrouve suite à une telle analyse. Les résultats obtenus montrent l'existence de 20 facteurs qui expliquent 66% de la variance. Ces 20 facteurs confirment la structure globale postulée par Fitts, bien que l'on observe certaines divergences avec le modèle original (3 X 5) par exemple, les items qui concernent le soi familial se regroupent d'une façon très claire alors que tel n'est pas le cas pour les items du soi personnel.

Dans un premier temps, Toulouse étudie la structure factorielle de la version française de l'échelle, c'est-à-dire l'analyse factorielle des questions 1 à 90. Un peu comme les résultats de White et Strauss (1968), il obtient 18 facteurs qui expliquent 55% de la variance et qui infirment plus clairement la structure globale postulée par Fitts (19%)

Dans un deuxième temps, Toulouse fait une analyse factorielle (rotation varimax) à partir des résultats de l'échelle. Les résultats indiquent la présence de trois facteurs qui expliquent 70% de la variance. Le premier facteur regroupe tous les aspects reliés à l'estime de soi, le deuxième regroupe les résultats de conflit et de variabilité, et le troisième regroupe les résultats reliés à la façon de répondre à l'échelle.

Pour étudier plus à fond l'instrument, Toulouse vérifie la capacité de discriminer entre des groupes à pathologie différentes et il obtient des résultats semblables à ceux obtenus par Fitts (1972).

Toulouse mentionne que les résultats obtenus par Lamarche (1968) confirment la validité de l'instrument dans sa version française, car l'instrument discrimine très bien entre des groupes comme les délinquants et les non-délinquants.

Toulouse présente des normes qui sont basées sur un échantillon de 718 personnes provenant de toutes les classes de la société qui vivaient à Québec, à Sherbrooke ou à Ottawa. L'auteur juge que cet échantillon est représentatif de la population canadienne-française.

Hypothèses et statistiques

Analyses descriptives

Des analyses descriptives des scores du concept de soi en fonction des diverses échelles et des divers groupes sont d'abord présentées.

Tel que mentionné précédemment le concept de soi sera mesuré par le Tennessee Self Concept Scale et l'obésité par l'indice de la masse corporelle. (IMC)

Analyses reliées aux hypothèses générales

- 1 Il n'y aura pas de différence significative entre le concept de soi des hommes (obèses et non obèses) et celui des femmes (obèses et non obèses).
- 2 Il n'y aura pas de différence significative entre le concept de soi des personnes obèses (hommes et femmes).et des personnes non obèses (hommes et femmes)

Les deux hypothèses générales seront vérifiées sur le score «total positif» du Tennessee Self Concept Scale et sur chacune des huit sous-échelles qui composent ce score total du concept de soi. Une analyse de variance ANOVA 2X2 sera utilisée afin d'étudier les effets simples et les effets d'interaction entre les variables

Analyses relatives aux hypothèses spécifiques

- 3 Il n'y a pas de différence significative entre le concept de soi des hommes obèses et celui des hommes non obèses.
- 4 Il n'y a pas de différence significative entre le concept de soi des femmes non obèses et des femmes obèses.
- 5 Il n'y a pas de différence significative entre le concept de soi des hommes obèses et des femmes obèses.
- 6 Il n'y a pas de différence significative entre le concept de soi des hommes non obèses et celui des femmes non obèses.

Pour les quatre hypothèses spécifiques, les mesures statistiques T-TEST seront utilisées pour éprouver les différences de moyenne.

Analyses complémentaires

Des analyses complémentaires (ANOVA) entre les variables sexe et obésité et les huit sous-échelles du Tennessee Self Concept Scale seront faites afin d'apporter un éclairage plus différencié sur les résultats. Une analyse corrélationnelle entre l'IMC et le TSCS (huit sous-échelles et le score total) sera également réalisée pour explorer une relation possible entre le poids et le concept de soi.

Chapitre troisième

Résultats

Ce chapitre présente les résultats obtenus lors de la présente recherche. Dans un premier temps, les analyses descriptives présentent les scores obtenus au T.S.C.S. en fonction des caractéristiques de la population et en comparaison des normes de Toulouse (1971). Ensuite sont présentés les résultats des analyses portant sur la vérification des hypothèses de travail. Enfin des analyses complémentaires permettent d'établir des relations entre les diverses échelles et les aspects socio-démographiques de la population.

Analyses descriptives

La mesure du concept de soi

Le Tableau 1 présente les moyennes et les écarts-types de l'IMC, du concept de soi, de l'âge et de la scolarité en fonction du sexe et de l'obésité.

Tableau 1

Moyennes et écarts-types de l'IMC, du score global des concept de soi, de l'âge et de la scolarité des sujets, en fonction du sexe et de l'obésité.

	I.M.C.		Concept de soi (TPO)		Âge		Scolarité	
	Moyenne	Écart- type	Moyenne	Écart- type	Moyenne	Écart- type	Moyenne	Écart- type
hommes $n=61$	26.91	8.23	343.35	34.65	40.70	10.67	14.64	3.53
femmes $n=94$	27.65	5.11	345.45	31.20	38.77	11.21	13.32	3.09
hom. obè. $n=31$	32.12	3.16	338.58	34.33	43.06	10.89	15.00	3.57
hom. n. o $n=30$	24.35	1.87	347.29	26.44	39.20	9.08	14.45	3.56
fem. obè. $n=33$	35.42	9.25	336.03	37.84	37.97	11.02	13.22	3.08
fem. n. o. $n=61$	22.95	2.01	345.87	33.38	38.57	11.17	13.48	2.89
Pop. total $n=156$	27.36	7.04	344.06	33.22	39.46	10.76	13.93	3.26
Pop. obèses $n=64$	33.83	7.14	337.26	35.92	40.44	11.16	13.81	3.15
Pop. n.o. $n=91$	23.42	2.06	346.35	31.08	38.78	10.48	14.08	3.42

Les résultats au Tableau 2 permettent de voir les scores moyens obtenus dans cette présente recherche sur le Tennessee Self Concept Scale et de les comparer aux moyennes présentées par Toulouse.

Tableau 2
Scores moyens obtenus comparés aux
normes proposées par Toulouse*

variable	La présente recherche		Toulouse	
	moyenne	écart-type	moyenne	écart-type
Identité	123.63	11.05	121.11	11.44
Satisfaction	107.56	14.25	108.61	13.99
Comportement	112.86	11.35	112.17	11.77
Soi physique	65.44	9.44	69.57	7.88
Soi moral	72.63	7.41	68.77	7.08
Soi personnel	68.86	9.15	67.15	8.56
Soi familial	69.49	8.00	68.81	9.19
Soi social	67.63	7.18	67.58	7.90
Total positif	344.06	33.22	341.90	32.70

* Toulouse (1971) , p.36 ($N = 718$)
La présente recherche ($N = 156$)

Hypothèses générales

Le Tableau 3 présente les résultats obtenus à la vérification des deux hypothèses générales. La première hypothèse générale stipule qu'il n'y aura pas de différence significative entre le concept de soi des hommes (obèses et non obèses) et celui des femmes (obèses et non obèses). La deuxième hypothèse générale, quant à elle, stipule qu'il n'y aura pas de différence significative entre le concept de soi des personnes obèses (hommes et femmes) et celui des personnes non obèses (hommes et femmes).

Les deux hypothèses générales se trouvent confirmées dans la présente recherche. Ainsi aucune différence significative n'a été trouvée entre le concept de soi des hommes ($M = 342.94$) et celui des femmes ($M = 342.41$), ni entre celui personnes obèses ($M = 337.27$) et des personnes non obèses ($M = 346.35$). Par ailleurs, aucun effet d'interaction entre le sexe et l'obésité n'est observé.

Tableau 3
Résultats de l'analyse de variance entre le sexe et le statut d'obésité sur le score global au T.S.C.S.

	valeur <i>F</i>	<i>DL</i>	signification
effet principal	1.460	2	$p=.235$, N.S.
sexe	0.121	1	$p=.729$, N.S.
obésité	2.911	1	$p=.090$, N.S.
interaction			
sexe - obésité	0.010	1	$p=.919$, N.S.
(résiduel)		152	

Hypothèses spécifiques

L'hypothèse 3 stipule qu'il n'y aura pas de différence significative entre le concept de soi des hommes obèses et celui des hommes non obèses. L'hypothèse a été vérifiée puisqu'aucune différence n'a été trouvée entre le concept de soi des hommes obèses ($M = 338.58$) et celui des hommes non obèses ($M = 347.29$), $t(60) = 1.12$, $p > .05$, n.s.

L'hypothèse 4 stipule qu'il n'y aura pas de différence significative entre le concept de soi des femmes obèses et celui des femmes non obèses. L'hypothèse a été vérifiée puisqu'aucune différence significative n'a été trouvée entre le concept de soi des femmes obèses ($M=336,03$) et celui des femmes non obèses ($M = 345,87$), $t(92) = 1.30$, $p > .05$, n.s.

L'hypothèse 5 stipule qu'il n'y aura pas de différence significative entre le concept de soi des hommes obèses et celui des femmes obèses. L'hypothèse a été vérifiée puisqu'aucune différence significative n'a été trouvée entre le concept de soi des hommes obèses ($M=338.58$) et celui les femmes obèses ($M = 336.03$), $t(62) = 0.28$, $p > .05$, n.s.

L'hypothèse 6 stipule qu'il n'y aura pas de différence significative entre le concept de soi des hommes non obèses et celui des femmes non obèses. L'hypothèse a été vérifiée puisqu'aucune différence significative n'a été trouvée entre le concept de soi des hommes non obèses ($M = 347.29$) et celui des femmes non obèses ($M = 345.87$), $t(90) = 0.21$, $p > .05$, n.s.

Analyses complémentaires

Des analyses complémentaires aux hypothèses de travail ont été faites.

Dans un premier temps, l'ANOVA utilisant les variables indépendantes sexe et obésité fut reprise avec chacune des huit sous-échelles du T.S.C.S.

L'ANOVA portant sur la variable globale d'identité du T.S.C.S. montre qu'il n'existe aucun effet principal du sexe, $F(1,152) = 0.129$, $p > .05$, n.s. ni de l'obésité $F(1,152) = 1.035$, $p > .05$ sur cette variable. Ainsi, la moyenne obtenue par les hommes est de 122.56 alors que celle des femmes est de 123.51; la moyenne des personnes obèses est de 121.97 alors que celle des personnes non obèses est de 123.95. Aucun effet d'interaction n'est observé entre les facteurs sexe et obésité sur la variable dépendante, $F(1,152) = 0.048$, $p > .05$, n.s.

L'ANOVA portant sur la variable globale Satisfaction du T.S.C.S. montre qu'il n'existe aucun effet principal du sexe sur cette variable, $F(1,152) = 0.935$, $p > .05$. Ainsi la moyenne obtenue par les hommes est de 107.81, tandis que celle obtenue par les femmes est de 106.51. Toutefois, un effet de l'obésité est observé, $F(1,152) = 7.521$, $p < .01$. Les personnes obèses, présentent donc un niveau de Satisfaction inférieur ($M = 103.50$) à celui des personnes non obèses ($M = 109.48$). Aucun effet d'interaction n'est observé entre les facteurs sexe et obésité sur la variable dépendante, $F(1,152) = 0.142$, $p > .05$, n.s.

L'ANOVA portant sur la variable globale Comportement du T.S.C.S. montre qu'il n'existe aucun effet principal du sexe, $F(1,152) = 0.033, p > .05$, n.s. ni de l'obésité $F(1,152) = 0.383, p > .05$ sur cette variable. Ainsi, la moyenne obtenue par les hommes est de 112.56 alors que celle des femmes est de 112.39; la moyenne des personnes obèses est de 111.80 alors que celle des personnes non obèses est de 112.92. Aucun effet d'interaction n'est observé entre les facteurs sexe et obésité sur la variable dépendante, $F(1,152) = 0.003, p > .05$, n.s.

L'ANOVA portant sur la variable globale Soi physique du T.S.C.S. montre qu'il n'existe aucun effet principal du sexe sur cette variable, $F(1,152) = 2.796, p > .05$. Ainsi la moyenne obtenue par les hommes est de 65.84, tandis que celle obtenue par les femmes est de 64.67. Toutefois, un effet de l'obésité est observé, $F(1,152) = 33.517, p < .01$. Les personnes obèses présentent donc un niveau de Soi physique inférieur ($M = 60.47$) à celui des personnes non obèses ($M = 68.38$). Aucun effet d'interaction n'est obtenu entre les facteurs sexe et obésité sur la variable dépendante, $F(1,152) = 0.347, p > .05$.

L'ANOVA portant sur la variable globale du Soi moral du T.S.C.S. montre qu'il n'existe aucun effet principal du sexe, $F(1,152) = 0.595, p > .05$, n.s. ni de l'obésité $F(1,152) = 1.715, p > .05$ sur cette variable. Ainsi, la moyenne obtenue par les hommes est de 71.92 alors que celle des femmes est de 72.62; la moyenne des personnes obèses est de 73.19 alors que celle des personnes non obèses est de 71.75. Aucun effet d'interaction n'est observé entre les facteurs sexe et obésité sur la variable dépendante, $F(1,152) = 0.347, p > .05$, n.s.

L'ANOVA portant sur la variable globale du Soi personnel du T.S.C.S. montre qu'il n'existe aucun effet principal du sexe, $F(1,152) = 3.434, p > .05$, n.s. ni de l'obésité $F(1,152) = 1.324, p > .05$ sur cette variable. Ainsi, la moyenne obtenue par les hommes est

de 70.05 alors que celle des femmes et de 67.50; la moyenne des personnes obèses est de 67.73 alors que celle des personnes non obèses est de 69.05. Aucun effet d'interaction n'est observé entre les facteurs sexe et obésité sur la variable dépendante, $F(1,152) = 0.923, p > .05, n.s.$

L'ANOVA portant sur la variable globale du Soi familial du T.S.C.S. montre qu'il n'existe aucun effet principal du sexe, $F(1,152) = 0.914, p > .05, n.s.$ ni de l'obésité $F(1,152) = 0.783, p > .05$ sur cette variable. Ainsi, la moyenne obtenue par les hommes est de 68.26 alors que celle des femmes et de 69.70; la moyenne des personnes obèses est de 68.33 alors que celle des personnes non obèses est de 69.68. Aucun effet d'interaction n'est observé entre les facteurs sexe et obésité sur la variable dépendante, $F(1,152) = 0.286, p > .05, n.s.$

L'ANOVA portant sur la variable globale du Soi social du T.S.C.S. montre qu'il n'existe aucun effet principal du sexe, $F(1,152) = 0.796, p > .05, n.s.$ ni de l'obésité $F(1,152) = 0.360, p > .05$ sur cette variable. Ainsi, la moyenne obtenue par les hommes est de 66.87 alors que celle des femmes et de 67.93; la moyenne des personnes obèses est de 67.55 alors que celle des personnes non obèses est de 67.48. Aucun effet d'interaction n'est observé entre les facteurs sexe et obésité sur la variable dépendante, $F(1,152) = 0.322, p > .05, n.s.$

Le Tableau 4 montre les résultats des tests-t effectués entre les hommes obèses et hommes non obèses sur les différentes sous-échelles du T.S.C.S. Les résultats ainsi obtenus ne font ressortir de différence significative que sur l'échelle globale du Soi physique.

Tableau 4
 Résultats des tests de différences entre les scores des
 hommes obèses et les scores des hommes non obèses

variable	hommes obèses (moyenne)	hommes non obèses (moyenne)	<i>t</i>	d.l.	sig.
Identité	121,38	123,74	,89	60	<i>p</i> >,05, n.s.
Satisfaction	105,16	110,45	1,61	60	<i>p</i> >,05, n.s.
Comportement	112,03	113,10	,39	60	<i>p</i> >,05, n.s.
Soi physique	62,42	69,26	3,43	60	<i>p</i> =,001
Soi moral	72,29	71,55	,46	60	<i>p</i> >,05, n.s.
Soi personnel	70,03	70,06	,01	60	<i>p</i> >,05, n.s.
Soi familial	67,26	69,26	,99	60	<i>p</i> >,05, n.s.
Soi social	66,58	67,16	,34	60	<i>p</i> >,05, n.s.

Le Tableau 5 montre les résultats des tests-t effectués entre les femmes obèses et les femmes non obèses sur les différentes sous-échelles du T.S.C.S. Les résultats ainsi obtenus ne font ressortir des différences significatives que sur l'échelle globale Satisfaction et la sous-échelle Soi physique.

Tableau 5
Résultats des tests de différences entre les scores des
femmes obèses et les scores des femmes non obèses

variable	femmes obèses (moyenne)	femmes non obèses (moyenne)	<i>t</i>	d.l.	sig.
Identité	122.51	124.05	.60	92	$p > .05$, n.s.
Satisfaction	101.94	108.98	2.25	92	$p < .05$
Comportement	111.57	112.84	.48	92	$p > .05$, n.s.
Soi physique	58.63	67.93	4.69	92	$p < .001$
Soi moral	74.03	71.85	1.28	92	$p > .05$, n.s.
Soi personnel	65.57	68.54	1.44	92	$p > .05$, n.s.
Soi familial	69.33	69.90	.33	92	$p > .05$, n.s.
Soi social	68.45	67.64	.49	92	$p > .05$, n.s.

Le Tableau 6 montre les résultats des tests-t effectués entre les hommes obèses et les femmes obèses sur les différentes sous-échelles du T.S.C.S. Les résultats ainsi obtenus ne font ressortir aucune différence significative sur ces échelles entre les deux groupes.

Tableau 6
Résultats des tests de différences entre les scores des
hommes obèses et les scores des femmes obèses.

variable	hommes obèses (moyenne)	femmes obèses (moyenne)	<i>t</i>	d.l.	sig.
Identité	121.39	122.51	.38	62	$p > .05$, n.s.
Satisfaction	105.16	101.94	.83	62	$p > .05$, n.s.
Comportement	112.03	111.57	.15	62	$p > .05$, n.s.
Soi physique	62.42	58.64	1.60	62	$p > .05$, n.s.
Soi moral	72.29	74.03	.88	62	$p > .05$, n.s.
Soi personnel	70.03	65.58	1.64	62	$p > .05$, n.s.
Soi familial	67.26	69.33	1.07	62	$p > .05$, n.s.
Soi social	66.58	68.45	.96	62	$p > .05$, n.s.

Le Tableau 7 montre les résultats des tests-t effectués entre les hommes non obèses et les femmes non obèses sur les différentes sous-échelles du T.S.C.S. Les résultats ainsi obtenus ne font ressortir aucune différence significative sur ces échelles entre les deux groupes.

Tableau 7
Résultats des tests de différences entre les scores des
hommes non obèses et les scores des femmes non obèses.

variable	hommes non obèses (moyenne)	femmes non obèses (moyenne)	<i>t</i>	d.l.	sig.
Identité	123.74	124.04	.14	79.72	$p > .05$, n.s.
Satisfaction	110.45	108.98	.52	90	$p > .05$, n.s.
Comportement	113.10	112.84	.11	90	$p > .05$, n.s.
Soi physique	69.26	67.93	.74	90	$p > .05$, n.s.
Soi moral	71.55	71.85	.22	79.86	$p > .05$, n.s.
Soi personnel	68.06	70.54	.89	90	$p > .05$, n.s.
Soi familial	69.26	69.90	.36	90	$p > .05$, n.s.
Soi social	67.16	67.64	.31	90	$p > .05$, n.s.

Le Tableau 8 présente les corrélations obtenues entre les échelles du T.S.C.S. et l'indice de la masse corporelle

Bien que le chapitre 1 ait peu insisté sur les autres facteurs liés au concept de soi et que cet aspect n'ait pas été inclus au départ dans le plan de la recherche, nous avons calculé par curiosité et à titre exploratoire, les corrélations entre l'âge, la taille, la scolarité, le revenu et les échelles du T.S.C.S. Les résultats ont été inclus dans le tableau 8.

Tableau 8
Corrélations simples (r de Pearson) entre les échelles du T.S.C.S.
l'IMC et les données démographiques

Échelles du T.C.S.C.	Indice de masse corporelle	Age	Taille	Scolarité	Revenu
Identité	-.2214**	.0390	.0593	.1728*	.2428**
Satisfaction	-.3363***	.1497	.1099	.2658**	.2687**
Comportement	-.2552**	.1636*	.0987	.1599*	.2335*
Soi physique	-.4588***	.0516	.1547*	.1981*	.2093**
Soi moral	-.0918	.1834*	.0857	.2187**	.1706*
Soi personnel	-.2710***	.1614*	.1268	.2651**	.3432***
Soi familial	-.1848*	.0298	-.0046	.1370	.1446
Soi social	-.1606*	.1206	.0171	.0681	.2280**
Total positif	-.3051***	.1332	.1006	.2271**	.2759***

* ($n = 156$)

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$, les autres sont non significatives au seuil de .05.

L'indice de la masse corporelle est négativement corrélé à toutes les dimensions du T.S.C.S. (Identité, Satisfaction, comportement, Soi physique, Soi Personnel, Soi familial et Soi social) ainsi qu'au score global de concept de soi à l'exception du Soi moral. Par conséquent, plus la masse corporelle est élevée moins sont élevés les niveaux des échelles suivantes: les trois dimensions du concept de soi à référence interne (identité, satisfaction et comportement), le sentiment d'être adéquat, le sens de la valeur de l'aspect moral (croyances et valeurs), par l'aspect familial (en temps que membre de sa famille) et par l'aspect social (relations interpersonnelles).

L'âge n'est corrélé (positivement) qu'avec les échelles Comportement, Soi Moral et Soi personnel. Donc plus l'âge est élevé plus sont élevées les échelles Comportement, Soi moral et Soi personnel .

La taille n'est corrélée (positivement) qu'avec l'échelle Soi physique. Donc, plus la personne est grande, plus la perception qu'elle a de son corps, de ses habiletés et de sa sexualité sont élevée et adéquate.

La variable scolarité est positivement corrélée à 6 des 8 échelles du T.S.C.S. (Identité, Satisfaction, comportement, Soi physique, Soi moral, Soi Personnel) ainsi qu'au score global de concept de soi. Ainsi, plus la personne est scolarisée, plus sont élevés les niveaux des échelles suivantes: les trois dimensions du concept de soi à référence interne (identité, satisfaction et comportement), le soi physique (corps, habiletés et sexualité) et le soi personnel (identité personnelle).

Enfin, le revenu familial est positivement corrélé à toutes les dimensions du T.S.C.S. à l'exception du Soi familial. Par conséquent, plus le revenu familial est élevé plus sont élevés les niveaux de échelles suivantes: les trois dimensions à référence interne (identité, satisfaction et comportement), le sentiment d'être adéquat et le sens de la valeur selon l'aspect social (relations interpersonnelles).

Chapitre quatrième

Discussion

Ce chapitre propose la discussion des résultats présentés au chapitre précédent. Aussi, les analyses seront discutées dans le même ordre de présentation, soit: 1. Les analyses descriptives. 2. Les analyses portant sur les hypothèses de travail. 3 Les analyses complémentaires.

1. Analyses descriptives

Les moyennes et écarts-types obtenus pour chacune des dimensions du T.S.C.S. dans la présente recherche s'avèrent comparables aux normes présentées par Toulouse (1971), puisqu'une comparaison des M ne s'est pas avérée statistiquement différente. Ces résultats contribuent sans doute à réaffirmer les valeurs psychométriques de l'instrument avec une population normale et obèse. Ainsi, aucune distorsion n'est ressortie qui pourrait laisser entendre un comportement différent du T.S.C.S. dans le contexte de la présente expérimentation.

2. Analyses portant sur les hypothèses de travail

Hypothèses générales

La première hypothèse qui stipulait qu'il n'y avait pas de différence significative entre le concept de soi (score global du T.S.C.S.) des hommes et celui des femmes a été vérifiée de même que la seconde hypothèse qui stipulait qu'il n'y avait pas de différence significative entre le concept de soi des personnes obèses et celui des personnes non obèses.

L'idée directrice de cette recherche - mieux comprendre les différences ou les similitudes entre les hommes et les femmes ainsi qu'entre les personnes obèses et non obèses en

regard du concept de soi. - ne semble pas se vérifier puisqu'aucune différence significative entre les hommes et les femmes, les obèses et non obèse ne sont confirmées comme l'avait laissé prévoir la recension des écrits. On pourrait donc penser qu'il n'existe pas de différence, comme les résultats le suggèrent, ou émettre l'hypothèse que les différences se retrouvent à un autre niveau. En ce sens, les analyses subséquentes permettent d'apporter certaines nuances. Il apparaît plausible que la globalité de la notion du concept de soi (total), soit à la base des non-différences observées à travers les variables de sexe et d'obésité. Ainsi, une sorte «d'effet compensatoire» à l'intérieur du concept (global) de soi permettrait qu'avec des scores globaux relativement semblables deux personnes aient des profils différents sur certaines dimensions. Ces résultats supporteraient ceux obtenus par Jacobs et Wagner (1984), avec des femmes et des hommes à l'effet qu'on observe une diminution de satisfaction du soi physique qui cependant n'affecte pas le concept de soi global. Nous y reviendrons plus loin.

Par ailleurs, les résultats obtenus aux analyses portant sur les hypothèses spécifiques ne permettent pas de postuler davantage un effet d'interaction entre le sexe et l'obésité sur le concept de soi global à l'intérieur des quatre sous-groupes.

Il apparaît cependant peu probable que ces résultats reflètent la position d'Apfeldorfer (1991). Selon lui, les pressions sociales antigrasses, bien qu'autrefois plus grandes chez les femmes que chez les hommes, allaient en s'accroissant pour ces derniers, puisque ces pressions se refléteraient différemment entre obèses et non obèses. Les résultats ne représentent pas ceux de cette recherche.

Par conséquent, au contraire de différentes recherches qui ne s'étaient penchées que sur l'obésité des femmes, (Bruch, 1973; Bourque, 1991) et en considérant que le concept de soi puisse être assimilé à l'estime de soi, ou de recherches portant sur des personnes sans

distinction quant à leur sexe, (Jacobs et Wagner 1984; Strauss et Smith, 1985), la présente recherche donne à penser que s'il existe une différence entre les hommes et les femmes ou entre les personnes obèses et non obèses, ce n'est certes pas au niveau du concept global de soi, d'où la pertinence des analyses complémentaires, afin de voir si des différences existent au niveau des composantes du concept de soi et donc des huit sous-échelles..

3. Analyses complémentaires

Les analyses visant à comparer les hommes obèses et les hommes non obèses ne font ressortir de différence que sur une seule des 8 sous échelles: le Soi physique. Les hommes obèses présentent une vision plus négative de leur apparence physique, de leurs habilités et de leur sexualité. Les résultats obtenus sont en accord avec les affirmations de Polivy et Herman (1983) dans le sens que les pressions sociales antigrasses toucheraient autant les hommes que les femmes et viendraient perturber l'image qu'ils ont de leur corps. Pour Schilder (1968), «L'image du corps est, par essence, sociale et jamais isolée, elle est toujours encerclée par les images du corps des autres.» Nous voyons comment les pressions sociales face à l'obésité et la perception que chaque personne entretient face à son problème de poids peuvent venir influencer négativement le Soi physique.

En comparaison avec les femmes non obèses, les femmes obèses ont également un Soi physique plus négatif; elles ont de plus une échelle de satisfaction significativement plus basse, c'est-à-dire qu'elles se montrent moins satisfaites de l'ensemble des dimensions à référence externe (Soi physique, Soi moral, Soi personnel, Soi familial et Soi social) Pour Fitts (1965) l'échelle de satisfaction s'apparente en partie à l'acceptation de soi. Les résultats obtenus rejoignent les écrits de Herman et Polivy (1983) et Bourque (1991); c'est-à-dire que même si l'obésité est connotée de façon négative pour les hommes, elle l'est davantage pour les femmes et il demeure important de distinguer les pressions pro maigreur

qui touchent davantage les femmes. De plus, pour Sobal et Stunkard (1989), l'ambition pour les femmes semble rimer avec minceur et cette dernière semble liée à la promotion professionnelle. Selon Silverstein, Perdue, Wolf et Pizzolo (1988), on peut voir que sur ce plan les femmes sont nettement désavantagées. Nous pensons que cette pression pro maigreur pour les femmes influence les résultats moindres obtenus au niveau de la Satisfaction personnelle. Il serait important, par ailleurs, de souligner que l'IMC des femmes est plus élevé que celui des hommes, ce qui pourrait également expliquer que les femmes aient un niveau de satisfaction inférieur.

Si l'analyse des échelles individuelles permet de découvrir quelques différences entre obèses et non obèses parmi les hommes et parmi les femmes, il en va tout autrement lorsque l'on compare les hommes et les femmes obèses et les hommes et les femmes non obèses, où l'on ne retrouve aucune différence significative à ces échelles. Ceci implique qu'en précisant l'aspect du concept de soi sur lequel on veut faire des comparaisons, on obtient des différences liées à l'obésité, mais non au sexe, si ce n'est que les femmes obèses présentent une différence négative à l'échelle de satisfaction par rapport aux hommes et en comparaison des hommes et des femmes non obèses. Ces résultats rejoignent la recherche de Polivy et Herman (1983) sur le fait qu'il existe des pressions sociales antigraisses qui touchent autant les hommes que les femmes mais qu'il faut bien distinguer la pression pro maigreur qui ne toucheraient que les femmes. Quant à Apfeldorfer (1991) les statistiques ne mettent pas en évidence une influence de l'obésité sur l'image sociale négative des hommes.

L'analyse des corrélations entre le concept de soi et l'IMC apporte de nouvelles indications qui peuvent nuancer les résultats. Bien que ces corrélations soient significatives, elles sont pour la plupart relativement faibles. Si l'on considère les échelles séparément (et non

en corrélations multiples), le Soi physique (-.46) rend compte de 21% de la variance commune, la satisfaction (-.34) de 11.5% et le score total (-.30) de 9%. Les autres corrélations sont encore plus faibles. Ces chiffres font donc ressortir la relation plus forte entre le soi corporel et l'IMC et les corrélations plus faibles des autres sous-échelles. Ces résultats rappellent ceux des analyses de variance. Il faut se rappeler qu'un effet simple significatif de l'obésité sur le soi physique tant chez les hommes que chez les femmes était également ressorti. L'effet significatif de l'obésité sur la satisfaction n'avait été observé que chez les femmes et l'effet de l'obésité sur le score total s'était rapproché du seuil de signification (.09). Il existe donc une corrélation entre le concept de soi (score total) et l'indice de la masse corporelle, mais bien que cette relation soit significative, elle reste relativement faible et n'explique que 9% de la variance commune.

Le concept de soi est-il en relation si faible avec l'obésité? Peut-être, mais ceci pourrait également suggérer des limites quant à l'opérationnalisation du concept d'obésité par l'IMC. Mentionnons à cet effet que, lors de l'expérimentation, 14 femmes provenant des centres d'amaigrissement furent classées dans le groupe non obèse, car leur indice de masse corporelle ne justifiait pas qu'elles fussent classées parmi les personnes obèses. De plus, 5 femmes provenant toujours des centres d'amaigrissement ont été retirées de la recherche, car leur indice de masse corporelle les situait sous un poids considéré comme normal.

Il n'est pas question d'affirmer que l'obésité définie par l'IMC n'est pas valide mais c'est une obésité objective. Existerait-il une obésité subjective qui serait liée aux comportements de la personne et à son image d'elle-même?

Apfeldorfer (1991) insiste sur le doute (quant à soi) que créerait le rejet social des personnes obèses. Or, il est possible que ce doute persiste même lorsque la personne a repris un poids normal. De plus, comme souligné au chapitre 1, les pressions sociales et cultu-

relles qui proposent des modèles d'une minceur souvent excessive peuvent créer chez certaines personnes un sentiment d'obésité même lorsque leur indice de masse corporelle est normal (20-25) ou légèrement plus élevé (25-27). Une mesure subjective de l'obésité pourrait peut-être compléter une mesure objective et être davantage en relation avec le concept de soi d'une personne.

Le chapitre 1 s'est attardé aux facteurs organiques, culturels, socio-économiques, psychologiques et familiaux reliés au développement de l'obésité. Il aurait sans doute été possible d'explorer beaucoup plus en détail la formation et le développement du concept de soi. Rappelons seulement la définition du Moi de Williams James (1890) rapporté à la page 34, c'est à dire «la somme totale de tout ce que la personne peut appeler sienne, non seulement son corps et ses capacités physiques, mais ses vêtements et sa maison, son conjoint et ses enfants, ses ancêtres et ses amis, sa réputation et son travail, ses terres et ses chevaux et son yacht et son compte de banque.»

Cette définition quelque peu colorée marque un point important: le concept de soi est probablement multidéterminé. Le fait d'être obèse ou non y participe effectivement, bien que faiblement, si l'on s'en tient à notre étude. Plusieurs autres facteurs y contribuent également. Notre étude souligne, entre autres, les liens entre le niveau de scolarité, le revenu et le concept de soi.

Il est logique de penser que le niveau de scolarité et le concept de soi sont en relation réciproque, un concept de soi plus positif permettant à la personne de penser qu'elle pourra réussir ses études et le succès dans les études et les diplômes obtenus renforçant le concept de soi. Il existe également un lien entre le niveau de scolarité et les revenus, c'est à dire que plus une personne est instruite, meilleur sera son revenu. Et au chapitre I, un lien est rapporté entre le revenu et une alimentation saine et équilibrée, cette dernière favorisant un

poids sain et équilibré. Comme l'affirme James (1890), les revenus d'une personne, son «compte en banque» et ce qu'ils permettent font également partie de son concept de soi. Ce qui nous ramène à l'idée que le concept de soi est fort englobant et probablement multidéterminé.

Conclusion

Si l'on reprend l'idée principale de cette recherche - comparer le concept de soi des hommes et des femmes, obèses et non obèses - la différence observée ne concerne que le facteur obésité en relation avec seulement deux sous échelles du Tennessee Self Concept Scale.

Ceci pourrait impliquer que les différences, si elles existent, entre l'obésité des hommes et l'obésité des femmes ne se mesurent pas à partir du concept de soi ou de ses composantes. Par conséquent, il faudra sans doute investiguer d'autres aspects de l'expérience sociale ou psychologique de l'obésité pour y découvrir si l'obésité est vécue différemment par les hommes et les femmes. C'est toute la complexité de la question de l'obésité qui est ainsi mise en évidence, et en attendant une réponse plus claire, il est permis de se demander si les recherches antérieures, portant sur l'obésité des femmes, ne pourraient pas être généralisées à celle des hommes.

Le fait de ne pas trouver de différences entre les hommes et les femmes sur le concept de soi ajoute quand même à la compréhension que nous avons de l'obésité. Il est même possible que l'obésité soit peu reliée au concept de soi, et des recherches futures tireraient sans doute avantage à investiguer d'autres dimensions psychologiques de la personne.

Un autre aspect des présents résultats est l'opérationnalisation de la variable obésité. En ce sens, il peut paraître arbitraire ou du moins relatif d'établir un point de bissection entre les personnes obèses et les personnes non obèses.

Et si l'on songe à la dimension culturelle de l'obésité, c'est peut-être là qu'on pourrait déceler une différence entre les hommes et les femmes. N'avons-nous pas trouvé que les

personnes non obèses (selon nos critères) qui se retrouvaient «furtivement» parmi les personnes suivant un régime amaigrissant étaient des femmes? D'autre part, il y a selon Statistiques Canada plus d'hommes obèses que de femmes obèses, et malgré cela plus de femmes que d'hommes se retrouvent dans des cures amaigrissantes. Par conséquent, si les frontières entre l'obésité et la non-obésité étaient différentes entre les hommes et les femmes, une nouvelle interprétation de l'obésité selon le sexe serait à envisager, une interprétation basée sur une perception plus subjective de l'obésité. En ce sens, une répétition de la présente recherche tirerait probablement avantage à poser une question simple visant à déterminer si la personne se perçoit comme étant obèse, normale ou sous le poids idéal. Ici, c'est l'éventualité de l'existence d'une obésité non seulement corporelle mais psychologique qui est suggérée.

Il nous apparaît également souhaitable que de nouvelles recherches investiguent les antécédents d'obésité, tant au plan familial que personnel, des sujets obèses ou non obèses, de même que la perception que ces personnes ont de l'obésité d'autrui. Il serait alors possible d'identifier d'éventuelles différences entre les personnes dont l'obésité apparaît à l'âge adulte ou à l'adolescence. L'obésité peut aussi être reliée à des événements extérieurs. Mentionnons l'inceste ou toute forme d'abus sexuel pouvant être un prétexte à refuser les caractéristiques du corps qui sont un objet de désir sexuel. Ainsi l'obésité deviendrait pour la personne un écran de protection entre elle et le monde extérieur. En ce qui concerne la famille, la position qu'occupe un membre à l'intérieur de celle-ci mérite davantage d'investigation en rapport avec l'obésité, qu'il s'agisse ou non d'une «famille psychosomatique». (Minuchin et al., 1975) Ces derniers auteurs présentant l'enfant qui devient obèse, comme bouc émissaire, servant à canaliser les problèmes de la famille. La perception de l'obésité d'autrui, jusqu'à maintenant a été peu explorée. Quel est son rôle dans l'évaluation qu'une personne obèse peut faire de son corps et de sa propre obésité?

Mentionnons enfin que les personnes obèses de la présente recherche suivaient toutes une cure d'amaigrissement. Le profil de ces personnes pourrait différer de celui des personnes obèses qui ne suivent pas de «programme». Dépendamment du degré d'obésité et de l'accumulation des échecs suite aux nombreux régimes, la perception que la personne a de son corps et l'image qu'elle se fait à partir du regard des autres viennent grandement, à notre avis, influencer son estime de soi.

Vu l'influence des différents facteurs liées à l'environnement social, culturel, familial et psychologique et de leurs effets circulaires et réciproques sur l'ensemble de la dynamique de la personne obèse, notre recherche souligne l'importance de développer l'autonomie chez la personne obèse. Nonobstant les pressions culturelles et sociales, plus la personne obèse apprendra à s'aimer et à se respecter comme personne différente des autres, plus elle pourra être satisfaite d'elle-même et de son corps, et plus son estime de soi sera tributaire d'elle-même.

Nous croyons qu'il ne s'agit pas seulement de nommer les différents facteurs liés à l'obésité pour comprendre la complexité de ce problème alimentaire. La solution ne réside pas uniquement dans les régimes ou l'exercice physique, pas plus que dans l'acceptation de ce corps qui ne veut plus mincir. Nous proposons une approche globale axée sur programme mettant en valeur une dimension informative des différents facteurs pouvant conduire à l'obésité. Cette dimension informative est nécessaire pour comprendre ses attitudes face à des comportements qui ont pour source des composantes cognitives et affectives. Il est important d'aider la personne à comprendre comment elle est devenue obèse et comment ses attitudes et son langage intérieur face à la nourriture contribuent à entretenir une image négative d'elle-même et des comportements alimentaires inadéquats. Ce qui n'exclut évidemment pas un régime alimentaire équilibré et un programme d'exercices physiques approprié.

Références

- Apfeldorfer, G. (1991). *Je mange, donc je suis*. Éditions Payot. Paris.
- Beaudoin, C. (1983). *Concept de soi et empathie*. Thèse de maîtrise, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Belotti E.G. (1974). *Du côté des petites filles*. Édition des femmes, Paris.
- Bourque, D. (1991). *A 10 Kilos du Bonheur*. Édition de l'Homme.
- Bruch, H. (1975). *Les yeux et le ventre*. Payot, Paris.
- Brunel, M. L. (1990). Introduction à la conscience de soi et au concept de soi, tels qu'on les perçoit depuis William James. *Revue Québécoises de Psychologie*, vol, 11, no: 1-2, 1990.
- Burgental, J. F.T. (1950). Further studies in self-perception. *Americal psychologist*, 5, (pp. 464).
- Calhoun, B. (JR) , Morse, W.C. (1977) Self-concept and self- esteem: Another perspective. *Psychology in the schools*, 14,, no: 3, (pp. 318-322).
- Clarkson, M. (1987). Enquête canadienne sur la promotion de la santé (1985): Description des données québécoises. *Ministère de la Santé et des Services sociaux*, Service des études socio-sanitaires. (pp 174).
- Coleman, J.C. (1969). *Psychology and effective behavior*. Glenview: Scott, Foresman.
- Combs, A.W., Avila, D.L.& Purkey, W.W. (1971) *Psychology and effective behavior* Glenview: Scott. Foresman.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: W.H. Freeman.
- De Castilla, D. et Bastien, C. (1989). *La Boulimie*. Laffont, Paris.
- Decourt, J., Périn, M. (1968). *L'obésité*. Presse Universitaire de France, Paris.
- Dobzhansky, Th. (1978). *Le droit à l'intelligence: génétique et égalité*. Puff, Paris.
- Ernberger and Hashew. (1987) Rethinking Obesity, An Alternative View on its Health Implications. *The Journal of Obesity and Weight Regulation*, vol.:6, No:2, été 1987
- Fitts, W.H. (1965). *Manual for the Tennessee Self-Concept Scale*. Nashville, Tennessee: Counselor recordings and Tests.
- Flack, R. Grayer Ed. (1975). A consciousness-raising group for obese women. *Social Work*, 20(6). (pp 484-487).

- Ganley, R.M. (1986) *Epistemology, family Patterns an Psychosomatics: The Case of Obesity*. Fam. Proc., 25. (pp437-51).
- Garner, D., Rockert, W., Olmsted, M.P., Johnson, C. & Coscina, D. (1985) Psycho-educational Principles in the Treatment of Bulimia and Anorexia Nervosa. *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. P.E. Eds, chap 21, New York, Guilford Press. (pp 513-572).
- Gemain, R.B. (1978) Self-concept and self-esteem reexamined. *Psychology in the schools*, 15, no 3, (pp 386-390)
- Goldblatt, P., Moore, M., Stunkard, A., (1965). Social factors in obesity. *Journal of the american medical association*.. 192. (pp. 97-102).
- Grégoire, L., Paradis, M.& Lepage, M.C., (1989). Département de Santé Communautaire du Centre Hospitalier de l'Université Laval. *Évaluation d'un programme axé sur l'estime de soi à l'intention de personnes obèses*.
- Griffiths, M., Payne, P.R. (1976) *Energy Expenditure in Small Children of Obese and Non-Obese Parents*. Nature, 260. (pp 698-700).
- Hathaway, S.R. & Mc Kinley, J.C. (1943). *The Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Hawkins, R.C., Turell, S., Jackson, L.J. (1983). Desirable and Undesirable Masculine and Feminine Traits in Relation to Student's Dietary Tendencies and Body Image Dissatisfaction. *Sex Roles*, 9. (pp 705-724).
- Helfman, SB., (1981) Effects of different treatment modalities on the self concept of overweight women. Thèse. San Diego: California School of Professional Psychology. *Dessert Abst Int*, 42(5B): 2058-2059.
- Hirsch, J., et al. (1966). Cells lipid content and cells number in obese and nonobese adipose tissue. *Journal of clinical investigation*, 45. (p. 1023)
- Johnson, M.L., Burke, B.S, Mayer, J., (1956). Relative importance of inactivity and overeating in the energy balance of obese high school girls. *American journal of clinical nutrition*, 4. (pp. 37-44)
- Jacobs et Wagner (1984) cité dans: Grégoire, L., Paradis, M.& Lepage, M.C., (1989). Département de Santé Communautaire du Centre Hospitalier de l'Université Laval. *Évaluation d'un programme axé sur l'estime de soi à l'intention de personnes obèses*.
- Khosla, T, .et Lowe, C.R. (1967). Indices of obesity derived from body weight and height. *British Journal of Preventive and Social Medicine*. 21:122-8.
- Krause, M.U. & Mahan, L.K. (1984) *Food nutrition and diet therapy: A text book of nutritional case*. 7th edition, Philadelphie, W.B. Saunder Company. (pp. 514-540).

- Ky, T., Dugilho, A., Pelle, B., Halgrain, J.-P. & Bayle, E. (1984) *L'Obésité. Origines et traitements*. Ed. Economica, Paris. (p 89).
- Lamarche, L. *Validation de la Traduction du TSCS*. Thèse inédite de Licence, Université de Montréal, (1968)
- Lambert Lagacé, L., (1988). *Le défi alimentaire de la femme*. Ed. de l'Homme
- L'Ecuyer, R., (1978). *Concept de soi*. P.U.F., Paris.
- Mead, G.H, (1934). *Mind, Self and Society*. Chicago: University of Chicago Press.
- Mendelson, B.K., White, D.R., (1982). Relation between body esteem and self-esteem of obese and normal children. *Perceptual and Motor Skills*. 54 (pp. 899-905).
- Mendelson, B.K., White, D.R., (1985). Development of self-body-esteem in overweight youngsters. *Developmental Psychology*. 21(1) . (pp. 90-96).
- Minuchin, S., Baker, L., Rosman, B.L., Liebman, R., Milman, L., & Todd, t., (1975). A Conceptual Model of Psychosomatic Illness in Children Family Therapy. *Arch. Gen. Psychiat.* 32, (pp.1031-1038)
- Nutrition Canada Québec (1985). *Rapport de nutrition Canada au ministère de la Santé nationale et du Bien-Être Social*. Information Canada, Québec.
- Pauzé, R., Chatelois-Bouvier, C., (1983). *Obésité et environnement*. Ed. Agence d'Arc, Montréal.
- Plath, S, Belzer, E. (1986). L'estime de soi et son incidence sur la santé. *Éducation sanitaire*. printemps. (pp 2-10).
- Polivy, J., Herman, C.P., (1983) *Breaking the Diet Habit, The Natural Weight Alternative*, Basic Books. New York. (pp 232-243)
- Publication du Québec, (1989). *Maigrir? Gare à la publicité trompeuse*. Ed. Imprimerie Canada Inc
- Publication Statistique Canada, (1994) *L'état de santé des Canadiens*. Catalogue 11-612f, No 8
- Ravussin, A., Lioja, S., Knowler, W.C., Christin, L., Freymond, D., Abbot, N.C., Boyce, V., Howard, B.V. & Bogardus, C., (1988) *Reduced Rate of Energy Expenditure as a risk factor for body-weight gain*. N. Eng. J. Med., 318, (pp. 467-472).
- Rentz et White (1967). Cité dans: Toulouse, J.M. (1971). L'adaptation française du Tennessee Self Concept Scale. *Thèse de maîtrise inédite*. Montréal: Université de Montréal. (p. 32)

- Revue Québécoise de Psychologie, (1990). *Conscience de Soi*. Vol. 11, no. 1-2.
- Riskind, J.H. (1977). Controllability and behavioral compliance with the counselors recommendations: effects of time perspective and self-esteem on weight loss. Thèse. Yale University. *Dissert Abst Int*, 38(6B) (p. 2946).
- Rogers, C.R. (1959). *Conditions suffisantes et nécessaires d'un changement de personnalité en psychothérapie*. Hommes et techniques, n° 169. (pp. 150-157).
- Salomé, Jacques. (1993) *Conte à guérir, contes à grandir*. Editions: Albin Michel. (pp. 178-179)
- Santé et Bien-Être Social, (1975). *Nutrition Canada*. Compte rendu de l'étude menée au Québec. Bureau des sciences de la nutrition.
- Santé et Bien-être social. (1988) *Le poids et la santé, document de travail*. Ministère des approvisionnements et services Canada. Direction générale des services et de la promotion de la santé. (p. 94).
- Schachter, S. (1968). *Obesity and eating*. Science, 161, (pp 751-756).
- Shield, J. Knittle, J.L. (1968). Cellularity of obese and nonobese human adipose tissue. *Federation proceedings*, 29. (pp. 1516-1521).
- Schilder, Paul. (1968). *L'image du corps*. Ed. Gallimard, Paris. 34.
- Silverstein, B., Perdue, L. (1988). The relationship between role concerns, preferences for slimness, and symptoms of eating problems among college women. *Sex roles*, No 14, (pp. 519-532).
- Silverstein, B., Perdue, L., Wolf, C., Pizzolo, C., (1988) «Binging Purging and Estimates of Parental Attitudes Regarding Female Achievement». *Sex Roles*, no 19. (pp.723-733).
- Sims, E.A. (1968). Experimental obesity in man. *Trans. ass. am. phys.* 81.
- Sobal, J, Stunkard, A.J. (1989). Socio economic Status and Obesity: A Review of the Literature. *Psychol. Bulletin*. 105, 2, (pp. 260-275).
- Stein, R.F., (1987) Comparison of self concept of non obese and obese university junior female nursing student. *Adolescence*. 22(85) . 77-90
- Steinberg, F.C., Leichner, P., Harper, D., (1987) The interaction of sex-role identity and ideology conflicts with depression in women and men. *Soc. Psychiatry*, No 22,. (pp 8-13).
- Stern, D. (1985) *The interpersonal World of the Infant. A view from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. New-York. Basic Books.

- Stunkard, A. . (1971) The relationship of gastric motility and hunger. A summary of the evidence. *Psychosom, Med.*, 33. (pp. 123-134).
- Stunkard, A.J., Mendelson, M. (1967) Disturbances in body image of some obese girls. *Journal of American dietetic Association*, 38. (p. 328).
- Stunkard, A.J., Meldelson, M. (1967) Obesity and the body image. Characteristics of disturbances in the body image of some obese persons. *American Journal of Psychiatry*, 123, (pp.1296-1300).
- Toulouse, J.M. (1971). L'adaptation française du Tennessee Self Concept Scale. *Thèse de maîtrise inédite*. Montréal: Université de Montréal.
- Turkat, D. (1978) Self-esteem research: The role of defensiveness. *The psychological record*, 28, (pp.129-135).
- Vacchiano, R.B., Strauss, P.S. (1968) The construct validity of the Tennessee Self Concept Scale. *Journal of clinical psychology*, 24. (pp. 323-326).
- Vacchiano, R.B., Strauss, P.S., Schiffman, D.C. (1968). Personality correlates of dogmatism. *Journal of consulting and clinical psychology*, 32. no°1. (pp.83-85).
- Vincent (1968); Vansina & Strauss (1968). Cité dans: Toulouse, J.M. (1971). L'adaptation française du Tennessee Self Concept Scale. *Thèse de maîtrise inédite*. Montréal: Université de Montréal. (p. 32)
- Winnicott, D.W. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Payot, Paris.
- Withers, R.F.J., (1964) Problems in genetic of human obesity. *Eugen Review*, 56.
- Yaïch, Jean Louis. (1991). *La faim en soi*. Le Seuil, Paris.

Appendice

Questionnaire démographique

Sexe: féminin ____ Masculin ____

Profession _____

Âge _____

Scolarité

(Nombre d'années terminées)

Revenu familial	\$20,000.00 ou moins	_____
	Entre \$20,000.00 et \$30,000.00	_____
	Entre \$30,000.00 et \$40,000.00	_____
	\$50,000.00 et plus	_____

Votre poids en kilo ou en livre _____

Votre taille en cm ou en pied _____

Directives

«Répondez au questionnaire démographique. Écrivez vos réponses sur les feuilles de réponses. N'écrivez pas sur les feuilles de questions.

Les énoncés que nous vous proposons ont pour but de vous aider à vous décrire tel que vous êtes selon vous. Veuillez répondre comme vous le feriez si vous vous parliez à vous-même.

Répondez à tous les items. Lisez chaque énoncé attentivement, puis choisissez parmi les cinq (5) réponses donnée au bas de la page, celle qui vous convient le mieux. Sur votre feuille de réponses, tracez un cercle autour de la réponse de votre choix.

Avant de commencer à répondre, assurez-vous de placer le questionnaire et votre feuille réponses de façon à aligner les chiffres correspondants.

N'oubliez-pas de tracer un cercle autour de la réponse de votre choix. Il faut répondre à tous les items.» (Tiré de la traduction française de Toulouse, 1971)

Réponses:

Complètement faux	Surtout faux	Partiellement vrai et partiellement faux	Surtout vrai	Complètement faux
1	2	3	4	5